PLAN DE SOINS ET DE SERVICES EN SANTÉ PHYSIQUE EN MONTÉRÉGIE

1999 - 2002

Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Montérégie

Adopté par le conseil d'administration
le 20 mai 1999

106-05474/

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes de la Régie régionale, des représentants d'établissements et représentants médicaux ont participé à l'élaboration des travaux du Plan de soins et de services en santé physique en Montérégie 1999-2002.

Je tiens donc à remercier tous ceux et celles qui ont contribué à la production de ce plan, particulièrement madame Johanne Fournier, de l'équipe de la planification de la Régie régionale, qui a supervisé plusieurs aspects importants du plan ainsi que monsieur Mario Cyr, président de la Table des directeurs généraux de la conférence régionale de l'Association des hôpitaux du Québec pour son implication active tout au cours des travaux.

En annexe, vous retrouverez la liste détaillée des personnes ayant participé aux divers comités de travail.

Enfin, je tiens à souligner le travail accompli pour le support logistique assumé par mesdames Elisabeth Savary, Andrée Petit et Claire DesLauriers.

Le directeur du Secrétariat aux affaires médicales,

Krystyna Pecko

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DE TABLEAUX
LISTE DES ANNEXES
DÉFINITIONS

INTRODUCTION 9

1. CONTEXTE 10

2. MANDAT 10

2.1 Principes directeurs 11

3. MÉTHODE ET DÉMARCHE DE PLANIFICATION 12

4. RÉGION 13

4.1 Profil sociosanitaire de la population de la Montérégie 12

4.2 Profil des ressources 15

4.2.1 Le portrait global des ressources financières en santé physique 16

4.2.2 La richesse relative du programme de santé physique en Montérégie 19

4.2.3 Les lits de courte durée en santé physique 19

4.2.4 Les effectifs médicaux 23

4.3 Profil des services 24

4.3.1 Les services de santé physique en CLSC 24

4.3.2 Les services en CH 26

4.3.2.1 Les services ambulatoires 26

4.3.2.2 Les hospitalisations - portrait de consommation et de production 24

4.3.2.3 Les hospitalisations et les taux de rétention par niveau 30

4.3.2.4 La nature des hospitalisations 32

4.3.2.5 Les séjours moyens d'hospitalisation 34

4.3.2.6 Les indicateurs de performance et les économies potentielles 35

4.3.3 Les services médicaux 37

4.3.3.1 La consommation totale 37

4.3.3.2 Les services médicaux généraux 40

4.3.3.3 Les services médicaux spécialisés 35

4.4 Constats globaux et perspectives 36

5. PLAN DE SOINS ET DE SERVICES 1999 - 2002 44

5.1 Niveau I : Services locaux 39
5.2 Niveau II : Services en réseau 46
5.3 Niveau III : Services régionaux 48
5.4 Niveau IV : Services hors-région 49

6. AUTOSUFFISANCE ET FINANCEMENT 44
6.1 Services locaux 44
6.2 Services en réseau 45
6.3 Services régionaux 47
6.4 Financement : paramètres et conditions de base 47

7. PARTENARIAT PUBLIC/PRIVÉ 49

8. RECOMMANDATIONS DU PLAN 51

CONCLUSION 57

Annexes 58

Références bibliographiques 62

Sources des données 65

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Population de la Montérégie et besoins relatifs par territoire de CLSC et par sous-région 15

Tableau 2. Répartition des dépenses par programme clientèle en Montérégie. Estimations 1996-1997 17

Tableau 3. Contour de programme de santé physique dans les CH, les CLSC et les CHSLD Montérégie et sous-régions. Estimations 1996-1997 17

Tableau 4. Per capita pondéré du programme de santé physique Montérégie versus province de Québec. 1993-1994 et 1996-1997 21

Tableau 5. Lits de courte durée de santé physique et ratio par 1 000 de population desservie. Estimation 1998 22

Tableau 6. Répartition des effectifs médicaux (en ÉTP) en Montérégie. 1997 20

Tableau 7. Les services de santé physique en CLSC - Montérégie. Exercices 1995-1996, 1996-1997 et 1997-1998 24

Tableau 8. Dépenses estimées pour les clientèles ambulatoires en santé physique dans les CH de la Montérégie. Données 1995-1996 23

Tableau 9. Portrait global de la production et de la consommation de services en CH (en jours-présence). Santé physique. Montérégie. Exercice 1996-1997 29

Tableau 10. Nombre de jours-présence et taux de rétention par niveau d'accessibilité. Montérégie. Exercice 1995-1996 31

Tableau 11. Répartition des hospitalisations en Montérégie selon les catégories majeures de diagnostics. 1995-1996 34

Tableau 12. Évolution des séjours moyens en santé physique dans les CH de la Montérégie. 1994-1995 à 1996-1997 35

Tableau 13. Indicateurs de performance et objectifs du MSSS. 36

Tableau 14. Consommation totale de services médicaux par la population de la Montérégie en ÉTP omnipraticiens et spécialistes. 1996-1997 37

Tableau 15. Consommation de services médicaux généraux par la population de la Montérégie en ÉTP omnipraticiens. 1996-1997 40

Tableau 16. Consommation de services médicaux spécialisés par la population de la Montérégie en ÉTP spécialistes. 1996-1997 41

Tableau 17. Impact de l'accroissement démographique et d'une augmentation intentionnelle du taux de rétention sur le bassin actuel de lits de courte durée. 1998 à 2001 53

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1. Liste des participants aux travaux

Annexe 2. Panier de services en santé physique par niveau d'accessibilité

Annexe 3. Distribution des hospitalisations selon les quatre pôles hospitaliers. Cas pondérés regroupés par catégorie de diagnostic et selon les classes chirurgicale et médicale. Montérégie. 1995-1996

DÉFINITIONS

Autonomie régionale

Avoir le contrôle/le pouvoir décisionnel sur l'ensemble de la dispensation de services à notre population et le total des budgets afférents (per capita) peu importe où le service est produit. Notion reliée à la pleine responsabilisation et à l'imputabilité régionale.

Autosuffisance régionale

Se suffire à soi-même, produire soi-même (dans la région) les services consommés par la population montérégienne. Degré d'autosuffisance : ratio production régulière/consommation totale.

Efficacité

Faire les bonnes choses, obtenir le résultat « santé » attendu chez la clientèle desservie (= extrants).

Efficience

Bien faire les choses, faire les choses à moindres coûts, par exemple : transformation de services (= processus).

Enseignement et recherche

Tous les types d'enseignement et de recherche dans les diverses sphères de la santé physique qui sont faits dans plusieurs de nos établissements, par différentes institutions d'enseignement collégial et universitaire.

Équité inter et intra régionale

Le concept d'équité, dans son application, vise à garantir à la population de chaque région (ou tout autre unité territoriale préalablement définie) un niveau comparable d'accessibilité aux services et à répondre aux besoins de celle-ci à l'intérieur d'une enveloppe budgétaire, que la région dispose ou non des ressources pour dispenser ces services.

Panier de services

Le panier de services regroupe un ensemble de soins et services de santé physique devant être rendus disponibles selon quatre niveaux d'accessibilité, à savoir : local, en réseau, régional et hors-région. Les niveaux ont été définis à partir d'une logique d'intervention où le milieu de production du service est déterminant plutôt que son niveau de spécialisation (quoique qu'il existe une corrélation significative entre le milieu de production et le niveau de spécialisation). Les niveaux de services formant le panier de services se définissent comme suit :

◊ Services locaux

L'ensemble des services nécessaires aux besoins courants de la population, rendus accessibles dans chaque territoire local (territoire de CLSC) avec ou sans hébergement, peu importe le producteur (= entre autres, 1re ligne/soins généraux, certains services de 2e ligne).

◊ Services en réseau

Entente convenue pour un regroupement d'activités et/ou de services, c'est-à-dire les services nécessaires à des besoins particuliers, rendus accessibles dans certains pôles territoriaux avec ou sans hébergement, peu importe le producteur (= certains services locaux ou de 1re ligne, surtout la 2e ligne/soins spécialisés).

◊ Services régionaux

Les services très spécialisés, rendus accessibles à un seul endroit dans la région, requérant une concentration de la clientèle desservie et des ressources utilisées (3e ligne/soins ultraspécialisés).

◊ Services nationaux

Les services répondant à la définition et à l'accréditation ministérielle pour ce niveau de services.

Performance

Notion qui regroupe la pertinence, l'efficience et l'efficacité de ce qui est fait.

Pertinence

Faire les choses appropriées, convenables, en visant l'objectif à atteindre (= intrants).

Qualité

Concept qui met en lien la performance du système et la satisfaction de la clientèle.

INTRODUCTION

Le présent document décrit sous forme synthèse la vision que la Montérégie se donne en matière de soins et de services en santé physique pour les trois prochaines années, soit de 1999 à 2002.

Il s'agit plus spécifiquement de doter la Montérégie d'un portrait clair des services qui seraient offerts dans la région au cours des prochaines années et de revoir le modèle d'organisation et de production de services en santé physique de courte durée. Notre démarche exclut par le fait même les champs de la santé mentale et de la déficience physique qui ont fait l'objet de leur propre plan régional d'organisation de services (PROS).

Tout d'abord, le plan présente un portrait sommaire de la Montérégie en santé physique, c'est-à-dire les principaux services consommés par notre population, les services produits par la région ainsi qu'un aperçu des ressources disponibles.

Ensuite, ce plan définit les principales orientations stratégiques pour 1999-2002 quant au panier de services à maintenir ou à développer dans la région, le modèle d'organisation et la structure de dispensation de ces services ainsi que les objectifs d'autosuffisance et les balises à considérer dans un modèle d'allocation de ressources pour les prochaines années.

Se rajoutent quelques thématiques traitées de façon plus spécifique en regard de leur importance stratégique, soit : le parc de lits de courte durée, le partenariat public/privé et une perspective pour de futurs travaux.

Le plan s'applique donc à l'ensemble des dispensateurs publics de services de santé physique dans la région et crée des liens privilégiés avec des producteurs privés, en l'occurrence, les cabinets médicaux privés.

Notons cependant que dans le respect de l'entente administrative entre la Régie régionale et l'Agence des soins de santé de Kahnawake, il est entendu que le présent plan ne s'applique pas à la réserve de Kahnawake ni au CH Kateri-Memorial. Cette entente encadre et établit le soutien administratif et financier assuré par la Régie régionale mais c'est l'Agence des soins de santé de Kahnawake qui planifie et organise les services de santé pour la communauté Mohawk.

Notre réflexion et nos travaux de planification se sont faits conjointement avec des représentants des principaux dispensateurs de services en santé physique de la région.

Le but ultime de notre démarche est de mieux desservir la population montérégienne et d'assurer globalement un meilleur accès à des soins et services de qualité pour tous les usagers.

1. CONTEXTE

Pour chacun des grands programmes clientèle, notre région s'est déjà dotée de plans régionaux d'organisation de services (PROS) sauf pour le champ de la santé physique. Considéré très complexe et d'évolution trop rapide, le champ de la santé physique a plutôt fait l'objet de planifications sectorielles à partir de problématiques spécifiques (ex : la dialyse rénale, le cancer, la traumatologie, etc.). Par ailleurs, le secteur de la santé physique a connu des changements et des restructurations importantes au cours des dernières années en Montérégie, puisque ce programme clientèle a été largement ciblé dans le dossier des compressions budgétaires ainsi que dans notre plan de transformation du réseau 1995-1998.

Les perspectives montérégiennes nous montrent que les prochaines années seront marquées par une demande accrue de soins dans la région et par la nécessité de produire des services selon les nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques, tout ceci dans un contexte de développements budgétaires très limités et de recherche continue d'une meilleure performance.

Pour faire face à ces diverses réalités, il est devenu impératif que la région se dote d'une vision stratégique en santé physique (courte durée) et qu'un plan triennal soit élaboré à cet effet. La Régie régionale et le réseau des établissements offrant des services de santé physique ont décidé d'entreprendre cette démarche de planification conjointement en incluant des représentants médicaux de la pratique en cabinet privé.

2. MANDAT

Le mandat spécifique était de produire un plan de soins et de services en santé physique (courte durée) pour les trois prochaines années (1999-2002) comprenant, entre autres :

- l'estimation globale de la demande de soins basée sur l'utilisation de services (portrait de consommation et de production de services);
- l'identification du panier de services à maintenir ou à développer dans la région;
- le modèle d'organisation proposé pour ce panier de services;
- l'identification des dispensateurs de services, c'est-à-dire le rôle des divers producteurs;
- les objectifs de rétention et d'autosuffisance pour les prochaines années.

SE SONT AJOUTÉS AU COURS DES TRAVAUX :

- un regard sur la performance;
- une étude sommaire du parc de lits de courte durée;
- une position sur un éventuel partenariat public-privé;

- les considérations pour un modèle d'allocation.

2.1 Principes directeurs

Certains principes directeurs ont guidé la démarche de planification et ont servi de balises à toutes nos discussions, soit :

- s'assurer que tout Montérégien ait un accès équitable aux divers services et ce, le plus près possible de son lieu de résidence[1];
- viser l'autonomie régionale, c'est-à-dire un meilleur pouvoir décisionnel en matière de soins et de services offerts à notre population;
- accroître l'autosuffisance régionale, c'est-à-dire notre capacité de production de services;
- continuer de viser l'excellence et la qualité dans les services offerts (pertinence, efficience, efficacité, satisfaction).

Un ensemble de définitions de base ont été élaborées dès le départ pour permettre une compréhension commune des divers concepts discutés lors des travaux. Ces définitions se retrouvent en référence au début du présent document.

3. MÉTHODE ET DÉMARCHE DE PLANIFICATION

La méthode de travail retenue a été davantage qualitative, avec une approche plutôt pragmatique, adaptative par consensus chez des groupes de référence composés de représentants des producteurs de services de santé physique de la région.

Les discussions ont été basées soit sur les portraits quantitatifs réalisés à partir des données statistiques disponibles, ou encore à partir de scénarios plus qualitatifs construits sur l'analyse stratégique de l'environnement interne et externe de la région.

Sous la responsabilité de la Régie régionale, coordonnés par le Secrétariat aux affaires médicales et assistés par des comités réseau dont un comité de pilotage, les travaux se sont échelonnés sur douze mois, soit de septembre 1997 à octobre 1998.

On retrouve en annexe la liste des comités et des participants à la démarche ainsi que les groupes consultés au cours de la planification. Les données quantitatives plus détaillées qui ont servi aux discussions sont disponibles à la Régie régionale.

[1] Dans un sens plus large, cet accès aux services devrait être universel, en ce sens qu'il doit comprendre un aménagement des lieux exempts de barrières architecturales ou de barrières de communication, c'est à dire sans obstacle, quelque soit la condition physique des personnes.

4. RÉGION

4.1 Profil sociosanitaire de la population de la Montérégie[2]

En 1997, la population de la Montérégie est estimée à 1 348 401 personnes. À l'échelle du Québec, elle représente plus de 18 % de la population nationale, ce qui en fait la deuxième région la plus populeuse, après Montréal-Centre. Le taux d'accroissement de la population montérégienne est particulièrement élevé. Ainsi, de 1986 à 1991, la population du territoire s'est accrue deux fois plus rapidement que celle de l'ensemble du Québec, soit 9,6 % comparativement à 5,2 %. Cette tendance s'est maintenue entre 1991 et 1997, la Montérégie affichant toujours un taux d'accroissement supérieur à celui du Québec, soit 8,6 % par rapport à 4,9 %. D'ici l'an 2001, on prévoit un ralentissement de la croissance démographique tant au Québec qu'en Montérégie. Toutefois, l'augmentation demeurera deux fois plus importante dans la région qu'à l'échelle du Québec, soit 4,6 % par rapport à 2,7 %.

Même si la proportion des personnes âgées croît de façon significative en Montérégie, sa population demeure dans l'ensemble légèrement plus jeune que celle du Québec. Ainsi, en 1997, les personnes âgées de 65 ans et plus forment 10,2 % de la population du territoire alors qu'elles représentent 12,3 % de la population du Québec. Pour l'an 2001, une situation similaire est anticipée puisque l'on prévoit que les personnes de plus de 65 ans représenteront 10,9 % de la population montérégienne et 12,9 % de celle du Québec.

Au plan socioéconomique, la Montérégie affiche un portrait plus avantageux que celui de l'ensemble du Québec. La proportion de la population sous-scolarisée, la proportion de la population inoccupée, la proportion d'assistés sociaux de même que le taux de chômage ont tous des valeurs inférieures à celles du Québec. En 1990, la proportion de la population du Québec se situant sous le seuil de faible revenu atteignait plus de 19 % alors qu'en Montérégie, elle se situait à 14,6 %.

L'état de santé de la population de la Montérégie apparaît somme toute meilleur que celui de l'ensemble du Québec. Tant aux plans des comportements, des habitudes de vie ou des facteurs de risque, la population de la Montérégie présente de meilleures prédispositions à la santé. Quant aux dimensions « perception de l'état de santé, espérance de vie et espérance de vie en bonne santé », les Montérégiens se situent à des niveaux comparables à ceux de la population québécoise.

Pour illustrer les niveaux de besoins en matière de santé et de bien-être, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a développé un indicateur global qui traduit, sur des bases comparables, les variations de besoins des populations observées. En situant l'indicateur de besoins de la population du

[2] Les données sociosanitaires sont tirées de : *Indicateurs sociosanitaires*. Le Québec et ses régions. MSSS, Direction générale de la santé publique. Mai 1997, p. 182-183.

Québec à une valeur fixe, généralement 1, chacune des régions sociosanitaires est qualifiée et positionnée en regard de cette mesure de référence. Une valeur inférieure à 1 traduit des besoins moins importants que ceux observés à l'échelle du Québec alors qu'une valeur supérieure à 1 traduit des besoins plus importants. La Montérégie présente un indicateur de besoins à 0,931, situation reflétant un niveau de besoins inférieur celui du Québec. Cet indicateur offre donc une mesure conforme au portrait sociosanitaire favorable dépeint précédemment.

L'utilisation de cet indicateur permet également de mettre en lumière les variations sous-régionales en matière de besoins de santé. Tel que rapporté au tableau 1, les niveaux de besoins associés aux populations des territoires de CLSC varient de façon significative, passant de 0,76 dans le territoire du CLSC des Seigneuries à 1,32 dans celui de Huntingdon. Quoique bénéficiant d'une position générale enviable au plan des besoins de santé, la Montérégie offre cependant des réalités locales fort différentes.

Si les conditions socioéconomiques et l'état de santé de la population positionnent favorablement la Montérégie vis-à-vis des autres régions, on doit reconnaître sa pauvreté relative en matière de services sociaux et de santé. De façon générale, tous les programmes clientèle de la Montérégie se retrouvent dans une situation de sous-financement et ce, en tenant compte des besoins relatifs des populations concernées.

Tableau 1. Population de la Montérégie et besoins relatifs par territoire de CLSC et par sous-région[3].

Territoires de CLSC	Population totale 1997	%	Indicateur global de besoins	Indicateur global en base 1	Proportion des personnes de 65 ans et plus
Haute-Yamaska	86 012	6,38	1,03	1,10	10,81
La Pommeraie	51 409	3,81	1,20	1,29	13,89
B-M.H-Y.	**137 421**	10,19	**1,09**	**1,17**	11,96
Châteauguay	67 856	5,03	0,88	0,94	10,54
Katéri	82 296	6,10	0,80	0,86	6,08
Jardin du Québec	24 523	1,82	1,13	1,21	11,14
Châteauguay	**174 675**	12,95	**0,87**	**0,93**	8,52
Des Seigneuries	100 519	7,45	0,71	0,76	6,62
Samuel-de-Champlain	120 299	8,92	0,79	0,84	10,79
Saint-Hubert	83 994	6,23	0,85	0,91	6,76
Longueuil-Est	70 268	5,21	0,89	0,95	8,11
Longueuil-Ouest	73 200	5,43	0,98	1,05	12,70
Longueuil	**448 280**	33,25	**0,83**	**0,89**	8,99
Des Maskoutains	82 847	6,14	1,13	1,21	13,02
Vallée des Patriotes	93 870	6,96	0,77	0,82	8,19
La Chênaie	15 513	1,15	1,21	1,30	11,98
Richelieu-Yamaska	**192 230**	14,26	**0,94**	**1,01**	10,58
Du Richelieu	53 001	3,93	1,06	1,13	9,54
Vallée des Forts	102 974	7,64	0,99	1,06	11,36
Saint-Jean	**155 975**	11,57	**1,01**	**1,08**	10,74
Du Havre	56 797	4,21	1,05	1,12	13,48
Sorel	**56 797**	4,21	**1,05**	**1,12**	13,48
Huntingdon	24 430	1,81	1,24	1,32	14,99
La Presqu'Île	99 717	7,40	0,86	0,92	9,38
Seigneurie de Beauharnois	58 876	4,37	1,14	1,22	14,06
Suroît	**183 023**	13,57	**1,00**	**1,07**	11,63
Montérégie	1 348 401	100,00	0,93	1,00	10,21
Québec	7 453 827		1,00		12,35

[3] Sources:
Population totale : Recensement de 1991, fichiers corrigés pour tenir compte du sous-dénombrement, sept. 94. Tient compte des contrats de services entre CLSC. Les projections ont été corrigées selon le recensement de 1991. RRSSS Montérégie. DSPPÉ.
Indicateur de besoins : MSSS. 1997. Indicateur basé sur la population réelle des territoires de CLSC (et non sur la population ajustée selon les contrats de services entre les CLSC).
Population âgée : Recensement de 1991. Proportion des personnes âgées sur la population de référence (CLSC, sous-régions et région).
Québec: AHQ, *Évolution de la consommation et de la production des hospitalisations en Montérégie. Faits saillants*. 1997.

4.2 Profil des ressources

Plusieurs types de ressources sont nécessaires à la production de services de santé physique. Parmi l'ensemble des ressources, nous faisons un profil des principales, soit les ressources financières (profil qui donne une indication claire des ressources humaines disponibles), le parc de lits de courte durée et enfin les effectifs médicaux en Montérégie.

4.2.1 Le portrait global des ressources financières en santé physique

La Montérégie dispose d'une enveloppe régionale de plus de 900 millions $ (excluant le budget de la RAMQ) pour la dispensation, par ses établissements, de l'ensemble des services de santé et des services sociaux. À lui seul, le programme de santé physique absorbe plus de 40 % de cette enveloppe avec un budget atteignant 378 millions $. Il est suivi de près par le programme « personnes âgées en perte d'autonomie » (PAPA) qui reçoit 31,6 % du budget (avec 285 millions $ de dépenses) et de loin par l'ensemble des autres programmes clientèle (entre 0,6 % et 8,3 % des dépenses régionales)[4].

Le programme de santé physique réunit les activités cliniques rattachées à l'évaluation, au diagnostic et au traitement de problèmes de santé physique peu importe le lieu de dispensation du service. Il exclut les soins et services de longue durée offerts aux personnes âgées ou aux adultes présentant des problèmes de santé mentale ainsi que les services de réadaptation même si ceux-ci sont dispensés dans un centre hospitalier de courte durée. Ces dernières activités sont rassemblées sous leur programme respectif, soit « personnes âgées en perte d'autonomie », « santé mentale » et « déficience physique ». Comme on peut le constater, le concept de programme couvre un ensemble d'activités déployées en regard d'une problématique sociosanitaire ou alors d'une population cible, peu importe l'établissement ou l'organisme qui offre le service.

L'étendue des besoins en santé physique, la nature spécialisée des services de même que la dimension technologique rattachée aux moyens d'intervention expliquent largement l'ampleur des sommes consacrées à ce programme particulier.

[4] Le contour de programme repose sur une méthode développée par le MSSS qui permet de répartir les dépenses des établissements selon les sept programmes clientèle (ex. : santé physique, santé mentale, personnes âgées, jeunesse, etc.). Cette méthode s'appuie sur une matrice où sont répertoriés des centres d'activité et des coefficients de répartition préétablis pour chaque type de service : exclusifs, non-exclusifs et de soutien. Le contour de programme a été calculé sur la base des dépenses de 1995-1996, lesquelles ont été ajustées pour tenir compte des compressions et des développements de 1996-1997. RRSSS Montérégie, DTS, nov. 1997. Les dépenses ici considérées excluent le budget de la RAMQ.

Tableau 2. Répartition des dépenses par programme clientèle en Montérégie. Estimations 1996-1997

Programmes	Dépenses en %
Santé physique	42,5 %
Personnes âgées en perte d'autonomie	31,6 %
Jeunesse	8,3 %
Déficience intellectuelle	7,2 %
Santé mentale	5,8 %
Déficience physique	2,3 %
Santé publique	1,9 %
Toxicomanie	0,6 %
Tous programmes	**100 %**

Les dépenses de santé physique se concentrent principalement dans les 10 centres hospitaliers de la Montérégie, dont la mission première est d'offrir des services de cette nature. À eux seuls, ils absorbent 93,7 % des dépenses affectées à ce programme (354 millions $ sur 378 millions $). Le solde est partagé entre les 19 CLSC (6 %) et les 26 CHSLD publics et privés conventionnés (0,3 %). Les centres de réadaptation n'offrent aucun service de santé physique.

Le tableau suivant présente la répartition des dépenses de santé physique entre les trois catégories d'établissements et ce, pour chacune des sous-régions de la Montérégie.

Tableau 3. Contour de programme de santé physique dans les CH, les CLSC et les CHSLD Montérégie et sous-régions. Estimations 1996-1997

	Catégories d'établissements			TOTAL
Sous-régions	CH	CLSC	CHSLD	
B-M.H-Y.	43 218 182 $	3 441 261 $	241 317 $	46 900 760 $
Châteauguay	31 310 973 $	3 396 943 $	82 635 $	34 790 551 $
Longueuil	119 168 172 $	6 607 463 $	292 455 $	126 068 090 $
Richelieu-Yamaska	46 789 747 $	2 971 155 $	74 764 $	49 835 666 $
Saint-Jean	43 582 951 $	3 285 767 $	45 964 $	46 914 682 $
Sorel	29 635 153 $	479 755 $	54 758 $	30 169 666 $
Suroît	40 953 482 $	2 505 612 $	364 231 $	43 823 325 $
MONTÉRÉGIE	354 658 660 $	22 687 956 $	1 156 124 $	378 502 740 $
	93,7%	6,0%	0,3%	100,0%

Le poids des dépenses affectées au programme de santé physique sur l'ensemble des budgets des établissements, regroupés par catégorie, varie dans le même sens que le contour de programme. Ainsi, les dépenses de santé physique représentent 75,8 % des budgets des CH, 20,8 % de ceux des CLSC et enfin 0,65 % des budgets des CHSLD[5].

Le portrait des ressources en santé physique ne saurait être complet sans un regard sur la pratique médicale exercée en cabinets privés et en établissements (budget RAMQ). Au 378 millions $ de dépenses de santé engagées dans les établissements du territoire, il faut donc ajouter celles rattachées à la rémunération des médecins. En Montérégie, l'enveloppe globale consacrée à ce type d'activités est estimée à 272,5 millions $[6]. En somme, l'offre de services de santé physique dans la région génère donc des dépenses de plus 650 millions $. À noter qu'environ 4 % de cette production (soit près de 26 millions $) est destinée à la desserte extrarégionale, c'est-à-dire à la dispensation de services auprès de non-résidants de la Montérégie.

Les dépenses de santé physique réalisées dans les établissements de la Montérégie et la rémunération des médecins oeuvrant sur le territoire offrent un portrait assez juste de l'ensemble de la richesse dont dispose la région pour déployer ses services de santé. Il s'agit dans ce cas d'un portrait de production de services. Par ailleurs, il convient de souligner qu'une portion non négligeable de la consommation de services de santé physique, par les Montérégiens, est réalisée hors-territoire, principalement dans Montréal-Centre. Les dépenses associées à cette consommation hors-région sont évaluées à 322,5 millions $ (établissements, RAMQ et services nationaux[7]). Cette consommation hors-territoire concerne plus particulièrement les services hospitaliers et, dans une moindre mesure, les services médicaux en cabinets.

4.2.2 La richesse relative du programme de santé physique en Montérégie

Le programme.de santé physique en Montérégie affiche, au plan de sa richesse, une position légèrement défavorable par rapport à l'ensemble du Québec. En 1996-1997, le per capita pondéré en Montérégie est estimé à 488,28 $ alors qu'il s'élève à 512,47 $ pour la province. En d'autres termes, la Montérégie se situe à 95 % du seuil québécois. Le per capita est établi sur la base des dépenses engagées par les

[5] Le contour de programme est calculé sur la base des dépenses de 1995-1996, lesquelles sont ajustées pour tenir compte des compressions et des développements de 1996-1997. RRSSS Montérégie, DTS, nov. 1997. Le contour du programme de santé physique exclut toute rémunération médicale.
- Les centres d'activité retenus aux fins du calcul du contour de programme de santé physique dans les **CLSC** sont les suivants : Info-Santé CLSC (6090), soins infirmiers à domicile (6170), santé parentale et infantile (6510), aide à domicile (6530), services psychosociaux (6560, portion dédiée à la clientèle de santé physique), services de santé courants (6570), laboratoires (6600), imagerie médicale (6830), nutrition (7110), intervention communautaire (7120) et déplacement des bénéficiaires (7400).
- Les centres d'activité retenus aux fins du calcul du contour du programme de santé physique dans les **CHSLD** sont les suivants : urgence (6240), centre de stérilisation et de distribution (6320), laboratoires (6600), imagerie médicale (6830) et déplacement des bénéficiaires (7400).

[6] Dépenses RAMQ en Montérégie, 1995-1996. Données tirées de : *Les compressions et les réallocations budgétaires soumises à la méthode d'équité interrégionale 1997-1998*. MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation. Mai 1997, p.12.

[7] Source : ibid., p.12.

résidants de la Montérégie dans le champ de la santé physique, peu importe leur lieu de consommation. Il exclut cependant les dépenses de la RAMQ associées à la dispensation de services médicaux.

Tableau 4. Per capita pondéré du programme de santé physique.
Montérégie versus province de Québec. 1993-1994 et 1996-1997

Périodes	Per capita pondéré Montérégie	Per capita pondéré Province de Québec	Indice base 100
1993-1994	541,66	605,99	90,9
1996-1997	488,28	512,47	95,3

Comparativement au relevé de 1993-1994, la richesse du programme de santé physique en Montérégie aurait fait un gain de 5 % sur l'ensemble du Québec et ce, malgré la réduction de son enveloppe de dépenses observée entre les deux périodes. L'indice du per capita était à 90,9 en 1993-1994 alors qu'il se situe à 95,3 en 1996-1997. Globalement, la valeur du per capita québécois a subi une baisse plus importante que celle de la Montérégie, repositionnant favorablement cette dernière.

Il convient toutefois de souligner l'introduction, par le MSSS, de changements majeurs à la méthode de calcul des per capita en santé physique, qui ont eu pour effet de réduire de façon significative la richesse des grands centres au détriment des autres régions. Dorénavant, les coûts de l'enseignement et de la recherche ainsi que ceux associés aux services à caractère national sont retranchés de la richesse du programme servant à calculer les per capita régionaux. Cet exercice est appliqué à toute les régions sociosanitaires disposant de tels services. En Montérégie, plus de 4,6 millions $ de dépenses affectées aux services nationaux sont ainsi retranchées de la richesse totale du programme de santé physique retenue aux fins du calcul du per capita[8]. L'ampleur de ces coûts, qui se retrouvent essentiellement dans les régions de Montréal-Centre, de Québec et de l'Estrie, fait donc chuter le per capita de ces trois territoires et par conséquent, élève ceux des autres régions.

Le retrait de la totalité des coûts associés à l'enseignement, à la recherche et aux services nationaux dans le calcul du per capita, s'appuie sur le fait que l'ensemble des québécois bénéficie de ces services et que, par conséquent, ces dépenses ne peuvent être imputées qu'aux seules régions productrices. En principe, ce constat justifie le retrait de ces coûts de la richesse en santé physique de ces régions-centres. Par contre, on ne peut écarter le fait que ces mêmes régions disposent, à l'égard de ces services particuliers, d'un niveau d'accessibilité et de bénéfices supérieurs à l'ensemble des autres régions.

À cet effet, nous croyons qu'il serait pertinent d'introduire, dans la méthode de calcul des per capita, une certaine pondération des coûts rattachés aux services dits nationaux de manière à considérer les gains marginaux que réalisent ces régions-centres.

[8] Les services nationaux se caractérisent par le niveau élevé d'expertise et la nature sophistiquée et coûteuse des technologies employées pour répondre à des problématiques de santé relativement rares et très complexes. Ces caractéristiques justifient la concentration de ces services dans un minimum d'établissements qui se retrouvent généralement dans les grands centres, là où l'expertise est disponible et la densité de population est la plus grande.

4.2.3 Les lits de courte durée en santé physique

Tel que rapporté précédemment, la majeure partie des ressources financières engagées dans le programme de santé physique se retrouve dans les centres hospitaliers et, plus spécifiquement, dans les services d'hospitalisation.

En 1998, on dénombre 1 734 lits de courte durée de santé physique répartis dans dix centres hospitaliers. Les impacts de la transformation du réseau et du virage ambulatoire ont été très marquants dans ce champ d'activité. En effet, de 1995 à 1998, le bassin de lits de courte durée a enregistré une baisse de 22 %, passant de 2 236 à 1 734 lits.

Face à une population en croissance, le corollaire de la réduction du bassin de lits disponibles est nécessairement la baisse du ratio de lits par 1 000 personnes. En 1998, ce ratio se situe à 1,93 lits/1 000 pour l'ensemble de la Montérégie.

Le tableau suivant offre un portrait du bassin de lits par centre hospitalier ainsi que le ratio de lits par 1 000 de population desservie correspondant. Ce dernier est calculé à partir des bassins de desserte de chaque centre reposant, dans le cas présent, sur le nombre d'hospitalisations enregistré en 1996-1997.

Tableau 5. Lits de courte durée de santé physique et ratio par 1 000 de population desservie. Estimation 1998[9].

CH	Bassin de desserte 1996-1997	Nb. de lits dressés, Juillet 1998	Ratio lits / 1,000 pop. desservie
CH de Granby	75 380	119	1,58
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	48 483	81	1,67
CH Anna-Laberge	77 337	163	2,11
Hôpital Charles-LeMoyne	173 042	339	1,96
CH Pierre-Boucher	115 313	258	2,24
Réseau Santé Richelieu-Yamaska	114 159	214	1,87
Hôpital du Haut-Richelieu	130 660	188	1,44
Hôtel-Dieu de Sorel	60 292	134	2,22
CH Régional du Suroît	89 342	180	2,01
Hôpital Barrie-Memorial	13 032	58	4,45
Total	897 040	1 734	**1,93**

[9] Les **bassins de desserte** en santé physique sont calculés à partir du **nombre d'admissions** en tenant compte des groupes d'âge et de sexe. Comprend la desserte extra-territoriale qui représente **3,7 %** de la totalité des hospitalisations en Montérégie.
Source : Données extraites de Med-Echo 1996-1997 excluant les nouveau-nés, les soins d'un jour et la psychiatrie.
Lits dressés : compilation et validation des données réalisées par le secteur de la programmation de la DCSC. Juillet 1998

4.2.4 Les effectifs médicaux

Parmi les ressources humaines essentielles à la dispensation de services de santé physique, on retrouve les effectifs en omnipratique et en spécialités.

De façon globale, 1 900 médecins oeuvrent en Montérégie, soit environ 1 000 omnipraticiens et 900 spécialistes. Plusieurs de ces médecins partagent leur pratique entre divers établissements et leur cabinet privé et, pour un bon nombre d'entre eux, entre la région de la Montérégie et celle de Montréal-Centre.

Selon les portraits de consommation, les quelque 1 000 omnipraticiens se répartissent comme suit en équivalent temps plein (ETP) : 624 ETP en cabinets privés, 200 ETP en centre hospitalier et 160 ETP en CLSC ou en CHSLD. Pour ce qui est des quelque 900 spécialistes, ils adoptent le profil suivant : 245 ETP en cabinets privés, 411 ETP en centre hospitalier et 4 ETP en CLSC ou en CHSLD[10].

Tableau 6. Répartition des effectifs médicaux (en ETP) en Montérégie. 1997 [11]

Catégories	OMNIPRATIQUE	SPÉCIALISTES
CH	200,7	411,1
CLSC	110,8	2,8
CLSC/CHSLD	32,8	-
CHSLD/CR	16,2	0,9
RÉGIE RÉGIONALE	20,3	15,3
Sous-total établissements	380,7	430,1
CABINETS PRIVÉS	623,6	244,7
Total	1 004,2	674,8

De concert avec les régies régionales et les commissions médicales régionales, le Ministère a défini les paramètres d'accroissement des effectifs médicaux au Québec et a procédé à la priorisation des besoins en tenant compte des contraintes imposées par les nombreuses mises à la retraite. Au terme de cet exercice, la Montérégie a été autorisée, pour la période de 1997 à 2000, à accroître ses effectifs de 33 omnipraticiens et de 51 spécialistes[12]. Ces cibles demeurent beaucoup plus restrictives que les objectifs

[10] Dans le cas présent, chaque médecin est considéré comme un ETP, qu'il exerce à temps plein ou à temps partiel.
Source : Plan régional des effectifs médicaux de la Montérégie 1997-2000. Septembre 1998

[11] Source : Plan des effectifs médicaux de la Montérégie 1997-2000. RRSSS Montérégie. Septembre 1998
Les données sont issues de la banque SIEM (du MSSS) et comptabilisée à partir des revenus enregistrés à la RAMQ.
Chaque médecin est considéré comme un ETP, qu'il exerce à temps plein ou à temps partiel.
À noter que dans la catégorie CH, sont inclus trois CHSLD et le CH Kateri-Memorial.

[12] Dans les faits, l'ajout de médecins spécialistes atteindrait 54, considérant que deux demandes, l'une en gériatrie et l'autre en oncologie médicale, sont à l'étude par le comité de suivi du plan et que le recrutement d'un néphrologue avait été réalisé avant la priorisation du Ministère, des régies régionales et des commissions médicales.

de croissance réclamés initialement par la Montérégie, soit des ajouts de 108 omnipraticiens et de 80 spécialistes.

Certaines pénuries d'effectifs médicaux sont bien identifiées dans la région, en particulier reliées aux accroissements de volumes d'activités depuis quelques années. Ces pénuries se retrouvent en onmipratique dans les salles d'urgence, et en spécialités de façon particulière en psychiatrie, en anesthésie et en néphrologie.

4.3 Profil des services

4.3.1 Les services de santé physique en CLSC [13]

La présente section offre un portrait général des services de santé physique offerts dans les dix neuf CLSC de la Montérégie à travers cinq centres d'activité: l'Info-Santé CLSC, les prélèvements en laboratoire, les services de santé courants, les soins infirmiers à domicile et la santé parentale et infantile. Les données sont tirées des rapports financiers des CLSC et couvrent les périodes 1995-1996, 1996-1997 et 1997-1998.

Comme on peut le constater au tableau suivant, les CLSC enregistrent un accroissement de leurs activités dans le champ de la santé physique. Cette tendance est largement attribuable à la transformation du réseau et plus spécifiquement, au virage ambulatoire.

Tableau 7. Les services de santé physique en CLSC - Montérégie.
Exercices 1995-1996, 1996-1997 et 1997-1998 [14]

[13] Extrait du document « Données relatives à la consommation et à la production des services en santé physique » préparé par le comité technique en avril 1998. Ce rapport fournit des informations détaillées par CLSC pour les périodes 1995-1996 et 1996-1997. Les rapports d'activités des CLSC pour l'année 1997-1998 ayant été déposés récemment, nous avons donc intégré ces données au présent relevé.

[14] Source : Rapport financier des CLSC, AS-471. Codes d'activités 6090, 6600, 6570,6170 et 6510 (p.650, ligne 30)
En raison de la non-disponibilité du rapport financier 1997-1998 du CLSC Vallée des Forts lors de la compilation, nous avons estimé ses volumes d'activités à partir de l'achalandage de 1995-1996 auquel nous avons appliqué le taux moyen de variation observé à l'échelle régionale entre 1995 et 1998. Cette mesure d'estimation a également été retenue pour les prélèvements en laboratoire du CLSC Jardin du Québec dont le nombre n'était pas disponible et pour les soins infirmiers à domicile du CLSC La Chênaie qui présentait une donnée non fiable.
En 1997-1998, les appels réalisés à la Centrale d'Info-Santé CLSC et ceux logés au CLSC Richelieu ont été comptabilisés ensemble (205 518 appels). Le partage entre la Centrale et le CLSC a donc été estimé sur la base de la répartition observée lors du relevé de 1996-1997, à savoir 94,9 % des appels à la Centrale (195 037) et 5,1 % au CLSC (10 481).

Centres d'activités	Unités	Nb. d'unités			Variation 1995-1998	
		1995-1996	1996-1997	1997-1998	en nb.	en %
Info-Santé CLSC Centrale	appels	95 132	157 256	195 037	99 905	105%
Info-Santé CLSC	appels	93 455	170 698	177 807	84 352	90%
Prélèvements	prélèv.	250 375	302 827	339 254	88 879	35%
Soins infirmiers à domicile	usagers	23 422	25 230	26 663	3 241	14%
Services de santé	usagers	89 820	92 020	91 546	1 726	2%
Santé parentale et infantile	usagers	50 268	62 079	50 117	-151	0%

Les services d'Info-Santé CLSC, inaugurés en 1995, forment le secteur d'activité ayant enregistré la plus forte augmentation. Entre 1995 et 1998, le volume d'appels dans les CLSC s'est accru de 90 % alors que celui de la Centrale connaissait une croissance de 105 %. Les effets du virage ambulatoire combinés à la notoriété du service vont certainement contribuer à la poursuite de cet accroissement.

Historiquement concentrés dans les centres hospitaliers, les services de prélèvements se retrouvent de plus en plus dans les CLSC. Le transfert de ces activités a débuté en 1995-1996 et se poursuit actuellement. Il devrait être complété au cours de la présente année. Durant la dernière période, les CLSC ont réalisé 339 254 prélèvements, ce qui représente une augmentation significative de 35 % par rapport à 1995.

Le nombre d'usagers ayant eu recours aux soins infirmiers à domicile en CLSC entre 1995 et 1998 a augmenté de 14 %. Plus de 25 000 personnes utilisent ce service chaque année. On peut anticiper une progression de cet achalandage dans le futur compte tenu, entre autres, de l'impact grandissant du service Info-Santé CLSC qui aiguille un plus grand nombre de personnes vers les ressources du CLSC. À ce facteur, s'ajoutent les effets du vieillissement de la population qui entraînent une augmentation des besoins d'aide et de soins à domicile.

Entre 1995 et 1998, les services de santé courants offerts par les CLSC de la Montérégie ont augmenté de 2 % alors que le nombre d'usagers en santé parentale et infantile s'est stabilisé autour de 50 000 (après une remontée en 1996-1997). Avec l'intensification du virage ambulatoire opéré par les centres hospitaliers de Montréal et de la Montérégie, on peut toutefois anticiper un accroissement de la demande dans l'avenir, si les ressources actuellement disponibles le permettent.

4.3.2 Les services en CH[15]

La présente section réunit un ensemble d'informations relatives aux activités hospitalières des CH de la Montérégie, relevant pour l'essentiel du champ de la santé physique. Les données sont regroupées selon deux grands champs d'activité, à savoir : les services ambulatoires et les hospitalisations.

4.3.2.1 Les services ambulatoires

Les dépenses associées aux services ambulatoires dispensés par les CH de la Montérégie sont estimées, en 1995-1996, à 128,7 millions $. Cette somme représente 35,9 % des dépenses totales de ces établissements dans le champ de la santé physique, toutes clientèles confondues (hospitalisées ou ambulatoires). La proportion des dépenses affectées aux services ambulatoires par rapport à l'ensemble des dépenses varie d'un CH à l'autre, passant de 32,3 % à 41,5 %.

[15] Extrait du document « Données relatives à la consommation et à la production des services en santé physique » préparé par le comité technique en avril 1998. Lorsque possible, nous avons procédé à la mise à jour de certaines données.

Tableau 8. Dépenses estimées pour les clientèles ambulatoires en santé physique dans les CH de la Montérégie. Données 1995-1996 [16]

Type de clientèle	Dépenses (000 $)
• Inscrits	92 049
• Soins d'un jour	12 243
• Enregistrés	24 404
Total	128 696

Les dépenses ambulatoires sont constituées de 92,0 millions $ pour les patients inscrits qui ont recours aux services suivants : urgence, clinique externe, endoscopie et services diagnostiques et thérapeutiques. Un montant de 12,2 millions $ est associé à la chirurgie d'un jour et la médecine d'un jour. Ce montant sous-estime toutefois les dépenses réelles rattachées aux clientèles inscrites en raison d'un manque d'information sur les services thérapeutiques et diagnostiques. Les dépenses ambulatoires comprennent enfin un montant de 24,4 millions $ qui couvre les services fournis à la clientèle enregistrée. Cette clientèle est formée de personnes référées directement de l'extérieur vers les services diagnostiques suivants : laboratoires, radiologie, électrocardiologie, physiologie respiratoire et hémodynamie.

Les soins d'un jour sont en croissance dans les CH de la Montérégie. Ainsi, entre 1994-1995 et 1995-1996, le potentiel utilisé de la chirurgie d'un jour s'est accru dans tous les établissements pour atteindre plus de 80 % dans la majorité d'entre eux[17]. Six centres présentent même un potentiel utilisé de chirurgie d'un jour supérieur à celui de la moyenne de leur groupe de référence[18]. Les activités de médecine de jour sont également à la hausse quoiqu'à des degrés variables selon l'établissement. L'unité de médecine de jour offre des soins et services à l'intention de personnes qui, autrement, devraient être hospitalisées. Dans ce sens, elle dispense des services différents de ceux rattachés aux consultations externes. À la fois alternative à l'hospitalisation, la médecine d'un jour constitue aussi une mesure permettant une réduction significative de la durée moyenne de séjour. L'intensification du virage ambulatoire opéré par les centres hospitaliers a été facilitée par la collaboration soutenue des CLSC et des autres partenaires du milieu.

[16] Source : AHQ, Med-Echo 1995-1996.

[17] Le potentiel utilisé de la chirurgie d'un jour est le pourcentage de cas réalisés en chirurgie d'un jour par rapport au total de cas jugés réalisables (cible optimale).

[18] Le groupe de référence (moyenne du groupe) est formé d'un certain nombre de CH québécois ayant des caractéristiques de production similaire. Il constitue une base de comparaison pour chacun des CH le composant. Source : AHQ, programmes OPTIMAH.

4.3.2.2 Les hospitalisations - portrait de consommation et de production

Les activités associées à l'hospitalisation sont largement documentées, tant du point de vue de l'usager (consommation) que de celui du centre hospitalier (production). Ces informations permettent non seulement d'apprécier les volumes et la nature des hospitalisations mais également de saisir la mobilité de la population du territoire dans sa consommation de services de santé physique.

Les données de production et de consommation des services de santé physique dans les CH de la Montérégie sont rassemblées au tableau 9 sur la base des hospitalisations réalisées en 1996-1997 et traduites en nombre de jours-présence. Une lecture verticale de ce tableau nous indique les volumes d'activités produits par les centres hospitaliers de la région (ou hors-région) à l'intention de la population montérégienne (ou extra-territoriale). À l'opposé, une lecture horizontale des informations permet de tracer les mouvements de la population de chacune des sous-régions de la Montérégie dans sa consommation de services hospitaliers. Les taux de rétention illustrent cette mobilité intrarégionale et interrégionale.

Tableau 9. Portrait global de la production et de la consommation de services en CH (en jours-présence). Santé physique. Montérégie. Exercice 1996-1997 [19]

	Production des établissements de la Montérégie pour la population de la Montérégie												Production hors-région pour la pop Montérégie		Consommation totale
Sous-régions	BMP	Granby	CHAL	Katteri	CHCLM	CHPB	RSRY	HHR	HD Sorel	BM	SuroR	Total Montérégie	% du grand total	Total hors-région	% du grand total	Grand total
B-M-H-Y	24 276	31 863	5	-	661	142	383	2 338	20	-	-	**59 688**	73,5%	**21 550**	26,5%	**81 238**
Châteauguay	13	2	45 872	3 533	12 237	1 668	82	4 849	-	1 380	427	**70 063**	65,5%	**36 931**	34,5%	**106 994**
Longueuil	28	50	570	-	80 815	72 161	707	471	3 351	7	31	**158 189**	62,9%	**93 201**	37,1%	**251 390**
Richelieu-Yamaska	96	1 499	173	-	9 306	10 425	61 030	5 270	643	-	35	**88 477**	72,2%	**34 125**	27,8%	**122 602**
Saint-Jean	481	3 430	140	-	2 905	908	1 835	50 645	32	71	7	**60 454**	75,6%	**19 469**	24,4%	**79 923**
Sorel	-	-	6	-	688	275	385	-	34 724	-	-	**36 078**	85,5%	**6 140**	14,5%	**42 218**
Suroît	24	-	8 887	-	237	67	90	15	5	11 006	59 140	**79 471**	61,5%	**49 741**	38,5%	**129 212**
Consommation totale de la Montérégie	**24 916**	**36 844**	**55 653**	**3 533**	**106 849**	**85 646**	**64 512**	**63 588**	**38 775**	**12 464**	**59 640**	**552 420**	67,9%	**261 157**	32,1%	**813 577**
% du total de la prod	93,8%	97,6%	96,6%	99,0%	96,1%	96,9%	96,5%	98,7%	91,6%	98,8%	98,9%	96,6%				

	Production des établissements de la Montérégie pour population hors-région											
Sous-total	**1 647**	**916**	**1 986**	**34**	**4 315**	**2 765**	**2 323**	**863**	**3 555**	**153**	**688**	**19 245**
% du total de la prod	6,2%	2,4%	3,4%	1,0%	3,9%	3,1%	3,5%	1,3%	8,4%	1,2%	1,1%	3,4%
Production totale en Montérégie	**26 563**	**37 760**	**57 639**	**3 567**	**111 164**	**88 411**	**66 835**	**64 451**	**42 330**	**12 617**	**60 328**	**571 665**

[19] Source : Association des hôpitaux du Québec. Med-Echo - DRG, 1996-1997

Une référence aux données de la période précédente nous permet d'apprécier les tendances qui se dessinent dans le secteur des hospitalisations[20]. Les éléments les plus significatifs se résument comme suit :

- en 1996-1997, la population montérégienne a consommé 813 557 journées d'hospitalisations, ce qui représente une diminution de 8,2 % par rapport à la période précédente;

- le taux de rétention en Montérégie se situe à 67,9 %, indiquant une augmentation de 2,5 % par rapport à l'année précédente. En contrepartie, la consommation hors-région (principalement à Montréal-Centre) a diminué dans les mêmes proportions pour se positionner en 1996-1997 à 32,1 % de la consommation totale;

- les taux de rétention les plus faibles concernent les sous-régions limitrophes à l'Île de Montréal, à savoir : Suroît (61,5 %), Longueuil (62,9 %) et Châteauguay (65,5 %). En 1995-1996, ces trois sous-régions adoptaient la même position mais avec des taux de rétention en moyenne inférieurs de 4 %;

- les établissements de la Montérégie ont enregistré 571 665 journées d'hospitalisation en 1996-1997, principalement à l'intention de la population montérégienne (96,6 %). Cette production est inférieure de 4,6 % à celle enregistrée l'année précédente. La desserte extra-régionale se limite à 3,4 % de la production totale des CH de la région, proportion identique à celle de 1995-1996.

4.3.2.3 Les hospitalisations et les taux de rétention par niveau

Le tableau précédent offrait une vue d'ensemble de la consommation et de la production des hospitalisations sans distinction du profil de besoins exprimés. Il est toutefois possible d'analyser ces hospitalisations sous l'angle de grandes catégories de diagnostics associés. Cette classification par niveau d'accessibilité permet d'une part, d'apprécier la nature des services offerts ou consommés et d'autre part, de nuancer les taux de rétention dans la région selon la complexité des cas[21]. Ces niveaux se définissent comme suit :

- le niveau 1 réfère à une classe de diagnostics (DRG) qui requiert une infrastructure de base et qui fait appel à une technologie répandue. Il s'agit de services qui, dans des conditions normales, devraient être accessibles dans tout hôpital général (ex.: accouchement, insuffisance cardiaque et choc, cholécystectomie, infections et inflammations respiratoires, appendicectomie, etc.);

[20] Les données détaillées de 1995-1996 sont rassemblées dans le document « Données relatives à la consommation et à la production des services en santé physique » préparé par le comité technique en santé physique en avril 1998.

[21] Cette classification des services repose sur une correspondance des DRG (diagnostic related group) spécifiques à des besoins de services de santé qui devraient normalement trouver réponse selon trois niveaux d'accessibilité. Les définitions retenues sont celles élaborées par l'AHQ dans les documents suivants : « *Hiérarchisation des services d'hospitalisation basée sur les DRG* », D. Savage, le 5 oct. 1992 et « *Évolution de la consommation et de la production des hospitalisations en Montérégie. Faits saillants* » . D. Savage. Automne 1997.

- le niveau 2 concerne des diagnostics (DRG) plus spécialisés qui ne requièrent cependant pas un équipement sophistiqué. Ceux-ci se rapportent à une gamme élargie de spécialités médicales. Un volume minimal de cas est nécessaire (ex.: troubles vasculaires périphériques, opérations du pancréas, foie et dérivations, tumeurs malignes des organes génitaux, méningite virale, etc.);

- le niveau 3 regroupe des diagnostics (DRG) apparentés aux services tertiaires et ultraspécialisés. La rareté des cas, combinée à une infrastructure coûteuse et à la fine pointe de la technologie, appelle une planification suprarégionale. Ces services se retrouvent généralement dans un nombre restreint de régions (ex. : craniotomie, pontage coronarien, transplantation rénale/foie/moelle osseuse, radiothérapie, lymphome et leucémie chronique, etc.).

Le tableau suivant précise le nombre de journées d'hospitalisation consommées par la population du territoire selon les trois niveaux d'accessibilité de même que les taux de rétention correspondant. Ces informations couvrent la période 1995-1996, la classification des données de 1996-1997 par classe de diagnostics n'étant pas encore disponible.

Tableau 10. Nombre de jours-présence et taux de rétention par niveau d'accessibilité Montérégie. Exercice 1995-1996[22]

	Production des CH de la Montérégie pour la population de la Montérégie		Production hors-région pour la population de la Montérégie		Consommation totale
Niveaux	Total Montérégie	% du grand total **(taux de rétention)**	Total hors-région	% du grand total	Grand total
1	356 240	74,5%	121 887	25,5%	478 127
2	200 251	63,8%	113 491	36,2%	313 742
3	22 718	24,1%	71 368	75,9%	94 086
Total	579 209	65,4%	306 746	34,6%	885 955

Comme on peut le constater :

- environ le quart des jours-présence (25,5 %) reliés aux hospitalisations de niveau 1, de la population de la Montérégie, sont consommés à l'extérieur de la région, en majorité à Montréal. Rappelons que le niveau 1 est formé des hospitalisations qui, normalement, peuvent être réalisées dans tout hôpital;

[22] Source : Association des hôpitaux du Québec. Med-Echo - DRG, 1995-1996

- le passage au niveau 2 amène un taux de rétention plus faible que celui observé au niveau 1, soit 63,8 % versus 74,5 %. C'est donc plus du tiers des jours-présence (36,2 %), reliés aux hospitalisations de niveau 2, qui est consommé hors-région. Ce niveau regroupe des cas plus spécialisés nécessitant normalement une gamme étendue de spécialités médicales;

- le niveau 3 est caractérisé par un volume d'hospitalisation et un taux de rétention très faibles en Montérégie. Seulement 3,9 % de l'ensemble des hospitalisations enregistrées en Montérégie se retrouvent dans cette catégorie (22 718 sur 579 209). Plus des trois quarts des jours-présence (75,9 %), reliés aux hospitalisations de niveau 3, sont consommés à l'extérieur de la région, principalement à Montréal. Rappelons que le niveau 3 regroupe des cas tertiaires qui normalement sont traités dans un nombre restreint d'établissements.

4.3.2.4 La nature des hospitalisations

Les hospitalisations peuvent aussi être analysées selon les différentes catégories majeures de diagnostics (CMD). Les données de base sont exprimées en cas pondérés, correspondant au nombre d'hospitalisations par CMD multiplié par une valeur équivalente au niveau d'intensité des ressources utilisées (le NIRU) dans cette catégorie. Le tableau suivant présente en pourcentage les catégories majeures de diagnostics ayant occasionné le plus d'hospitalisations dans les classes chirurgicale et médicale.

Dans la classe chirurgicale, on note que 80 % de l'ensemble des hospitalisations concernent cinq catégories majeures de diagnostics. Parmi celles-ci, la moitié des hospitalisations se répartissent dans les catégories touchant l'appareil digestif (26,3 %) et l'appareil musculo-squelettique et le tissu conjonctif (24,1 %). Les catégories majeures de diagnostics associées aux troubles de l'appareil reproducteur chez la femme, de l'appareil circulatoire de même qu'aux hospitalisations reliées à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum, contribuent, pour leur part, à 30 % de l'ensemble des hospitalisations.

Pour ce qui est de la classe médicale, près de 70 % des hospitalisations se concentrent dans quatre catégories majeures de diagnostics, la plus importante étant celle des maladies et troubles de l'appareil circulatoire (26,5 %). Viennent ensuite les catégories de diagnostics touchant l'appareil respiratoire (17,3 %), le système nerveux (13,2 %), la grossesse et l'accouchement (11,5 %).

Tableau 11. Répartition des hospitalisations en Montérégie selon les catégories majeures de diagnostics. 1995-1996[23].

CLASSE CHIRURGICALE		CLASSE MÉDICALE	
Catégories majeures de diagnostics (CMD)	% des hospitalisations	Catégories majeures de diagnostics (CMD)	% des hospitalisations
Maladies et troubles de l'appareil digestif	26,3%	Maladies et troubles de l'appareil circulatoire	26,5%
Maladies et troubles de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	24,1%	Maladies et troubles de l'appareil respiratoire	17,3%
Maladies et troubles de l'appareil reproducteur chez la femme	12,9%	Maladies et troubles du système nerveux	13,2%
Maladies et troubles de l'appareil circulatoire	8,5%	Grossesse, accouchement et post-partum	11,5%
Grossesse, accouchement et post-partum	8,4%	Maladies et troubles de l'appareil digestif	8,2%
Autres	19,8%	Autres	23,2%
Total	100%	Total	100%

4.3.2.5 Les séjours moyens d'hospitalisation

La réduction de la durée de séjour constitue un moyen privilégié pour rencontrer un des éléments majeurs de la transformation du réseau, à savoir la réduction du nombre de lits de courte durée. Le recours à des technologies de pointe et l'application de nouvelles pratiques permettent une utilisation efficiente des ressources tout en maintenant ou améliorant l'accessibilité à des services de qualité.

Le tableau 12 trace l'évolution des séjours moyens observés dans l'ensemble des CH de la Montérégie de 1994-1995 à 1996-1997. Comme on peut le constater, ces établissements ont enregistré une réduction significative, de l'ordre de 8,2 %, de leur séjour moyen au cours des trois dernières années. La réduction est légèrement plus faible entre les deux dernières périodes que celle observée entre les deux premières. À cet effet, on doit reconnaître que l'augmentation importante des alternatives à l'hospitalisation, plus spécifiquement la médecine d'un jour, a entraîné une baisse substantielle du taux d'hospitalisation et a alourdi le case-mix (complexité des problèmes traités) freinant ainsi l'ampleur de la réduction d'une période à l'autre.

La durée moyenne de séjour enregistrée dans l'ensemble des CH de la Montérégie en 1996-1997 est donc de 6,15 jours, ce qui se rapproche sensiblement de l'objectif de 6,0 jours fixé par le Ministère pour l'an 2000.

[23] Source : Association des hôpitaux du Québec. DRG, 1995-1996

Tableau 12. Évolution des séjours moyens en santé physique dans les CH de la Montérégie. 1994-1995 à 1996-1997[24].

CH de la Montérégie	Nombre de jours			Écart en %
	1994-1995	1995-1996	1996-1997	94-95 vs 96-97
Tous	6,70	6,37	6,15	-8,2%

De façon générale, si l'on tient compte des profils de besoins des patients traités (ou case-mix), les CH de la Montérégie présentent une gestion efficiente de leur séjour moyen. Comparés à leur groupe de référence, formé d'établissements québécois ayant un profil de cas similaires, la majorité des établissements de la Montérégie enregistre un séjour moyen plus faible.

4.3.2.6 Les indicateurs de performance et les économies potentielles

Sur la base des indicateurs de performance généralement retenus en regard des activités hospitalières, les CH de la Montérégie affichent une position très appréciable. Malgré les contraintes financières majeures auxquelles ils ont été confrontés ces dernières années (baisse de 18millions $ ou 3,8 % de leur budget en trois ans), des efforts notables ont été enregistrés au chapitre de la performance. Ainsi, depuis la période 1994-1995, tous les paramètres de performance se sont améliorés :

- la durée moyenne de séjour a diminué de 8,2 %, passant de 6,7 à 6,15 jours[25];
- le taux moyen d'occupation est passé de 85 % à 90 %[26];
- le pourcentage de la chirurgie d'un jour sur l'ensemble des chirurgies est passé de 43 % à 53,7 %[27]. Sur la base des cas réalisables, le potentiel utilisé de la chirurgie d'un jour atteint 80 % et la majorité des CH de la Montérégie surpassent les établissements de leur groupe de référence[28];

[24] Source : AHQ, Med-Echo - DRG, 1994-1995, 1995-1996 et 1996-1997.
[25] Source : AHQ, Med-Echo - DRG, 1994-1995 et 1996-1997
[26] Source : Rapport statistique annuel des CH. AS-478, p.2. Secteurs d'activité : chirurgie, médecine, pédiatrie, gériatrie active, centre de soins - natalité (femmes seulement). Selon le MSSS, les données issues des AS-478 donnent généralement des taux supérieurs à ceux calculés à partir de la banque Med-Echo.
[27] Source : RRSSS Montérégie, « Suivi de l'implantation du plan de transformation de la région de la Montérégie. 1995-1998 » : Sept. 1998, p. 41.
[28] Le potentiel utilisé de la chirurgie d'un jour est le pourcentage de cas réalisés en chirurgie d'un jour par rapport au total de cas jugés réalisables (cible optimale). Le groupe de référence (moyenne du groupe) est formé d'un certain nombre de CH québécois ayant des caractéristiques de production similaire. Il constitue une base de comparaison pour chacun des CH le composant. Source: AHQ, programmes OPTIMAH.

- le nombre de jours-présence de cas LD (longue durée) dans les lits CD a chuté de 80 %, passant de 137 559 jours-présence en 1994-1995 à 26 836 en 1997-1998[29];

- le taux de rétention hospitalière en Montérégie a progressé, passant de 65,4 % à 67,9 %. L'impact de la fermeture de nombreux lits de courte durée dans les CH de Montréal-Centre a affecté tout particulièrement les établissements des zones limitrophes[30];

- la durée des séjours à l'urgence a été réduite selon les seuils fixés par le MSSS (si on exclut l'impact de la crise du verglas)[31];

- finalement, le ratio de lits de courte durée par 1 000 de population a subi une baisse de plus de 30 %, passant de 2,8 à 1,93/1 000 personnes desservies.

Ces chiffres illustrent nettement les efforts déployés par les CH de la Montérégie pour améliorer leur performance. Il apparaît important de souligner que ces réalisations ont été grandement supportées par la mise en place de mesures compensatoires, dispensées en particulier par les CLSC et les organismes du milieu.

Comme en témoignent les données du tableau suivant, les CH de la Montérégie ont fourni l'essentiel des efforts requis pour atteindre les normes fixées par le MSSS. Les écarts qui subsistent demeurent relativement marginaux. À moins que de nouvelles technologies ou façons de faire ne soient développées à court ou moyen terme, on peut difficilement envisager des gains supplémentaires à ce chapitre. D'autre part, tout l'environnement soutenant le virage ambulatoire a besoin d'être consolidé.

Tableau 13. Indicateurs de performance et objectifs du MSSS.

INDICATEURS	Montérégie		Québec
	1994-1995	1997-1998	Objectifs 2000
Durée moyenne de séjour (jours)	6,7	6,15 (96-97)	6,0
Taux d'occupation	85%	90%	90%
Chirurgie d'un jour/chirurgies totales	43%	57%	-
Chirurgie d'un jour/chirurgies réalisables	-	80%	100%
Ratio lits / 1 000 pop. desservie	2,8	1,9	2,0

En regard de ces indicateurs de performance, les CH semblent disposer de moins en moins de marges de manoeuvre qui leur permettraient de faire mieux et plus dans le contexte actuel. Par ailleurs, dans le cadre du plan de modernisation des infrastructures administratives et de support, certains gains semblent réalisables dans le secteur clinique de support, à savoir en imagerie médicale, laboratoire de biologie

[29] Source : Rapport statistique des établissements, AS-478. 1994-1995 et 1997-1998.
[30] Source : RRSSS Montérégie pour les données 1994-1995 et l'AHQ, Med-Echo-DRG pour celles de 1996-1997.
[31] Source : RRSSS Montérégie, Suivi de l'implantation du plan de transformation de la région de la Montérégie. 1995-1998. Sept. 1998, p. 41.

médicale, pharmacie et stérilisation. La mise en commun de services ou de technologies, la gestion par pôle ainsi que la normalisation des procédés et des procédures sont proposées pour améliorer l'efficience et l'efficacité de ces activités. La faisabilité de ces mesures ainsi que l'ampleur des économies potentielles rattachées à celles-ci font l'objet d'une évaluation actuellement. Des estimations préliminaires situent à environ 18 millions $ les économies annuelles issues de la mise en œuvre éventuelle de ces mesures. Ces économies seraient effectives sur une base récurrente au terme de l'exercice, soit après cinq ans. Toutefois, dans la phase d'implantation du projet, des investissements de l'ordre de 60 millions $ seraient requis en équipement, immobilisations, techniques informatiques ou formation. Le MSSS a prévu certains fonds d'investissements pour supporter les projets mais les conditions d'utilisation des économies générées par ceux-ci restent à définir[32].

Considérant les limites associées aux gains de performance et la situation de sous-financement de leur programme de santé physique, les CH de la Montérégie seront confrontés à des enjeux importants liés aux impacts anticipés de la croissance démographique, du vieillissement de la population et du phénomène de rétention non intentionnelle. Dans ce contexte, il s'avère difficile d'envisager une démarche formelle de rapatriement de clientèle ou toutes formes de développement, à court ou moyen terme, à moins que celles-ci ne soient accompagnées de ressources financières nouvelles.

4.3.3 Les services médicaux

4.3.3.1 La consommation totale

Le tableau 14 illustre globalement le profil de consommation des services médicaux de la population montérégienne selon qu'ils sont dispensés par les médecins omnipraticiens ou par les médecins spécialistes. Les informations sont réparties selon le lieu de dispensation du service, soit en cabinets privés, en centres hospitaliers ou dans tout autre type d'établissements (CLSC, CHSLD et centre de réadaptation). Il s'agit de la consommation totale de services médicaux faite par la population de la Montérégie sans distinction du lieu géographique où ils sont consommés, à savoir dans la région d'appartenance ou hors-région. Cet aspect de la mobilité de la population sera traité distinctement dans les sections suivantes.

Tableau 14. Consommation totale de services médicaux par la population de la Montérégie en ÉTP omnipraticiens et spécialistes. 1996-1997 [33]

[32] Le plan contient 93 recommandations applicables à 4 grands secteurs d'activités des établissements : les services administratifs, les services cliniques de support, les services techniques et les ressources informationnelles. Celles-ci devraient générer, au terme de l'échéance de 5 ans, des gains nets approximatifs de 25 millions $. À compter de la 6e année, les économies nettes récurrentes annuellement seraient de l'ordre de 39 millions $. Sources : « Plan stratégique de modernisation des infrastructures administratives et de support de la santé et des services sociaux de la Montérégie ». RRSSS Montérégie, décembre 1997 et Formule de prise de décision au conseil d'administration de la Régie régionale, mai 1998.

[33] Equivalent temps plein (**ÉTP**) : il s'agit d'une mesure utilisée pour traduire, en un certain nombre de médecins ÉTP, l'ensemble des activités rémunérées par la RAMQ.
Source : MSSS, Banque CONSOM, décembre 1997, données d'octobre 1996 à mars 1997.

	Lieu de dispensation			Total Consommation réelle	Total Consommation attendue
Médecins	**Cabinets**	**CH**	**Autres**		
Omnipraticiens	606,32 58%	300,87 29%	132,07 13%	1039,27 100%	1062,19
Spécialistes	211,32 24%	656,11 73%	26,67 3%	894,10 100%	899,40

Au total, la population montérégienne consomme 1 039 ÉTP en services médicaux généraux. La majorité des services consommés le sont en cabinets privés (58 %), puis en centres hospitaliers (29 %). Une portion plus restreinte des services sont consommés dans les CLSC, les CHSLD ou les centres de réadaptation (13 %).

En regard des services médicaux spécialisés, la population du territoire consomme un total de 894 ÉTP. Dans le cas présent, la majorité des services consommés le sont en centres hospitaliers (73 %) puis, dans une proportion moindre, en cabinets privés (24 %). Une portion très limitée de services spécialisés sont consommés dans les CLSC, les CHSLD ou les centres de réadaptation (3 %).

En complément au portrait de consommation réelle des services médicaux, nous présentons les valeurs associées à la consommation attendue. Celles-ci correspondent au nombre d'équivalents temps plein (ÉTP) que la population du territoire aurait dû consommer durant la période visée si son volume de consommation pondérée par l'âge, le sexe et l'état de santé avait été le même que celui observé à l'échelle du Québec. Au plan régional, les résultats de cette application nous permettent d'observer un léger écart entre la consommation réelle et la consommation attendue.

En effet, si la population du territoire adoptait le profil de consommation observé à l'échelle du Québec, elle devrait recourir à 1 062 ÉTP omnipraticiens (plutôt que 1 039) et 899 ÉTP spécialistes (plutôt que 894). Autrement dit, toute proportion gardée et en tenant compte des variables discriminantes, la population du territoire consomme légèrement moins de services médicaux que l'ensemble des résidants du Québec.

4.3.3.2 Les services médicaux généraux

La présente section offre un portrait plus détaillé de la consommation, par la population montérégienne, des services offerts par les médecins omnipraticiens. Elle apporte des précisions sur le territoire de consommation, à savoir dans la Montérégie ou hors-région. Cette information permet de circonscrire la mobilité des usagers et conséquemment, de mesurer le taux de rétention. Elle fournit indirectement les données de production des services médicaux dans la région.

Tableau 15. Consommation de services médicaux généraux par la population de la Montérégie en ÉTP omnipraticiens. 1996-1997 [34]

Omnipraticiens	Production des services médicaux				Consommation totale
Lieu de consommation	Montérégie		Hors-région		
	Nb ÉTP	%	Nb ÉTP	%	Nb ÉTP
Cabinets privés	553,33	91%	52,99	9%	606,32
Centres hospitaliers	248,09	82%	52,76	18%	300,85
Autres	120,53	91%	11,54	9%	132,07
Total	921,95	89%	117,29	11%	1 039,24

Le constat majeur qui se dégage du tableau 15 est celui d'un taux de rétention très élevé en Montérégie en ce qui concerne la consommation de services médicaux généraux. Seulement 11 % de la consommation totale de la population montérégienne se réalise en dehors de la région. Le taux de rétention le plus élevé est observé dans la consommation en cabinets privés qui atteint 91 % de la consommation totale dans cette catégorie. On retrouve le même taux sous la rubrique « autre », qui réfère aux CLSC, CHSLD et aux centres de réadaptation, et qui a été estimé sur la base d'un niveau d'accessibilité comparable entre cette catégorie d'établissements et les cabinets privés.

29 % des services médicaux généraux sont consommés en milieu hospitalier, pour un équivalent de 300,85 ÉTP. La proportion de services médicaux généraux consommés en dehors du territoire est deux fois plus importante dans ce type d'établissements que celle observée dans les deux autres catégories de dispensateurs, soit 18 % versus 9 %. On peut établir un lien entre le taux de rétention en matière de services médicaux généraux dispensés dans les CH et le profil des hospitalisations de la population montérégienne, en particulier celles de niveau 1. On se rappellera qu'environ 25 % des jours-présence de niveau 1 était consommé en dehors de la région en 1995-1996 (voir tableau 9).

[34] Équivalent temps plein (**ÉTP**) : il s'agit d'une mesure utilisée pour traduire, en un certain nombre de médecins ÉTP, l'ensemble des activités rémunérées par la RAMQ. À noter que la répartition, entre la Montérégie et les territoires hors-région, des 132,07 ÉTP consommés sous la rubrique « autre » n'est pas disponible dans la banque CONSOM. Nous avons donc estimé ce partage sur la base du taux de rétention observé dans la consommation de services en cabinets privés, considérant que l'accessibilité aux services médicaux en CLSC, CHSLD et en centres de réadaptation est comparable à celle des cabinets privés.
Source : MSSS, Banque CONSOM, décembre 1997, données d'octobre 1996 à mars 1997.

4.3.3.3 Les services médicaux spécialisés

Le tableau suivant ventile, à son tour, la consommation de services médicaux spécialisés faite par la population montérégienne selon les sites et les régions de dispensation.

Tableau 16. Consommation de services médicaux spécialisés par la population de la Montérégie en ÉTP spécialistes. 1996-1997 [35]

Spécialistes	Production des services médicaux				Consommation totale
Lieu de consommation	Montérégie		Hors-région		
	Nb. ÉTP	%	Nb. ÉTP	%	Nb. ÉTP
Cabinets privés	159,45	75%	51,87	25%	211,32
Centres hospitaliers	350,94	53%	305,17	47%	656,11
Autres	20,12	75%	6,55	25%	26,67
Total	530,51	59%	363,59	41%	894,10

De façon générale, près des deux tiers des services médicaux spécialisés consommés par la population de la Montérégie le sont dans la région de résidence. En cabinets privés, le taux de rétention s'avère relativement élevé, atteignant 75 % de la consommation totale dans ce type de milieu.

Par ailleurs, la majorité des ÉTP spécialistes étant consommés en milieu hospitalier, on doit reconnaître une importante mobilité extra-territoriale de la population. En fait, la consommation de services médicaux spécialisés en CH se partage à peu près également entre la Montérégie et les autres régions (essentiellement Montréal-Centre). À ce chapitre, notons que les sous-régions limitrophes de Montréal, soit du Suroît, Longueuil et Châteauguay, présentent des taux de rétention inférieurs à la moyenne régionale, soit 45 %, 46 % et 51 % comparativement à 53 %. À l'instar de la pratique omnipratique en centre hospitalier, on observe une similitude entre la consommation de services médicaux spécialisés et les profils d'hospitalisation de niveaux 2 et 3. Alors que le taux de rétention en matière de services médicaux spécialisés offerts en CH se situe à 53 %, il atteint 54,7 % dans le cas des jours-présence des deux niveaux regroupés.

[35] Équivalent temps plein (**ÉTP**) : il s'agit d'une mesure utilisée pour traduire, en un certain nombre de médecins ÉTP, l'ensemble des activités rémunérées par la RAMQ. À noter que la répartition, entre la Montérégie et les territoires hors-région, des 26,67 ÉTP consommés sous la rubrique « autre » n'était pas disponible dans la banque CONSOM. Nous avons donc estimé ce partage sur la base du taux de rétention observé dans la consommation de services en cabinets privés, considérant que l'accessibilité aux services médicaux en CLSC, CHSLD et en centres de réadaptation est comparable à celle des cabinets privés.
Source: MSSS, Banque CONSOM, décembre 1997, données d'octobre 1996 à mars 1997.

4.4 Constats globaux et perspectives

À partir des principaux constats qui ressortent du profil démographique de la Montérégie, du portrait des services offerts et des ressources disponibles, quelques enjeux majeurs se dégagent pour la région et certaines perspectives sont à considérer dans la planification et l'organisation future de la santé physique. Voici les principaux constats, présentés de façon synthèse.

Le premier constat est celui de la limite de disponibilité de ressources en santé physique dans notre région comparativement à la moyenne du Québec. Cette situation explique certainement en grande partie la sous-consommation relative de la population montérégienne en regard de la moyenne des autres régions du Québec.

Le deuxième constat concerne notre bon niveau de performance et notre faible marge de manoeuvre financière pour continuer la transformation ou absorber toute nouvelle croissance dans la demande de soins.

Un troisième constat au niveau de notre plateau technique en centre hospitalier, soit celui du parc des lits de courte durée, nous montre que notre ratio régional de 1,9 lit/1 000 de population desservie se situe déjà en deçà de la cible du Ministère pour l'an 2000.

Le quatrième constat est en regard de la difficulté à recruter et à retenir certains types d'effectifs médicaux. Plusieurs de nos secteurs de services sont en équilibre précaire, sinon en crise, ce qui limite notre capacité de prise en charge de clients et donc de production de services.

Par ailleurs, d'autres phénomènes viennent se coupler aux constats qui nous permettent de formuler certaines perspectives ou enjeux importants pour la région.

Tout d'abord, la région connaîtra une augmentation significative dans la demande de soins exprimée et dans les volumes d'activités à produire. Cette situation proviendra de trois phénomènes déjà apparents : la croissance démographique prévisible, la hausse naturelle de notre taux de rétention (rétention passive non planifiée) et, de plus, une pression pour rapatrier activement des clientèles desservies dans des régions voisines (rétention active planifiée). Nous devons donc, dans ce plan, nous prononcer quant aux services à garder ou à développer dans notre région par rapport à ceux que nous laisserons consciemment dans d'autres régions.

Ensuite, on remarque qu'au niveau des soins généraux, la population montérégienne fait le choix de consommer dans sa région, voire même sa localité, puisque le taux de rétention global des services médicaux généraux se situe à 89 % et plus spécifiquement en cabinet privé à 91 %. On voit aussi une augmentation constante de l'achalandage dans les services de santé physique des CLSC. Il faut donc,

dans le plan, tenir compte de ce fait, en tentant de mieux reconnaître, organiser et consolider ce niveau de soins et services, tout en assurant un meilleur maillage entre les producteurs de services.

Aussi, l'analyse de la production des services spécialisés et de la répartition intrarégionale de ressources médicales, financières et plus spécifiquement du parc des lits de courte durée, nous démontre des disparités notables entre nos établissements et ce, en grande partie d'origine historique. Ceci se traduit par des gammes de services différentes et incomplètes d'un endroit à l'autre et contribue à créer des discontinuités et des iniquités d'accès à certains services. En conséquence, le plan doit viser à améliorer notre capacité de production tant qualitativement que quantitativement. Pour ce faire, nous devons envisager une approche plus « systémique » de production avec des réseaux d'échanges de services pour suppléer aux développements individuels de ressources qui seront possibles mais certainement limités.

Enfin, on note dans les données de consommation que pour le niveau de soins plus spécialisés et ultraspécialisés, nous sommes fortement dépendants de deux autres régions productrices, soit Montréal-Centre et l'Estrie, alors que notre taux de rétention dans ce niveau de soins n'est que de 25 %. Il est aussi intéressant de noter que ce pourcentage de services est offert à peu d'endroits dans notre région, par un nombre restreint de professionnels de la santé. Il existe donc déjà en Montérégie une tendance vers la concentration de ce niveau de soins. Notre plan doit clairement positionner ce niveau de services par rapport aux autres en plus d'y cibler spécifiquement les développements.

En regard de tous ces enjeux et des perspectives qui en découlent, nous proposons le plan de soins et de services qui suit afin de mieux répondre à la demande de soins exprimée par la population montérégienne dans le secteur de la santé physique.

5. PLAN DE SOINS ET DE SERVICES 1999 - 2002

Le plan comporte quatre dimensions fondamentales qui serviront à définir le champ de la santé physique au cours des prochaines années, soit :

- l'élaboration d'un panier de services en santé physique;
- l'organisation de ce panier de services;
- l'identification des distributeurs ou producteurs;
- les objectifs de rétention et d'autosuffisance.

Le panier de services fait la liste de l'ensemble des soins et de services à offrir et pour ce, est divisé en quatre niveaux, soit les niveaux « local », « en réseau », « régional » et enfin le « hors-région ». Les niveaux ont été définis à partir d'une logique d'intervention où le milieu de production du service est déterminant plutôt que son niveau de spécialisation. Quoiqu'il existe une forte corrélation entre le milieu de production et le niveau de spécialisation (ex. : le local/la 1re ligne, le régional/la 3e ligne...), cette corrélation n'est pas toujours parfaite.

Des critères objectifs ont été élaborés dès le départ pour nous aider à définir les éventuels niveaux de services et le cas échéant, nous aider à répartir ou classer les divers services entre chacun des quatre niveaux. Les critères utilisés sont :

- la fréquence de l'utilisation du service (volume);
- le niveau de spécialisation et de technologie requis;
- le volume critique de patients (maintien des compétences);
- la masse critique des ressources (viabilité);
- les liens et les interactions nécessaires dans la programmation clinique (effet systémique);
- l'équité dans l'accessibilité au service.

Il est important de noter qu'aucune priorité ni pondération n'a été attribuée aux critères.

Après avoir détaillé le panier de services par niveau d'intervention, nous précisons le modèle d'organisation qui s'y rattache, c'est-à-dire comment les services doivent être structurés et coordonnés, incluant les liens et les interactions entre les structures. Enfin, nous identifions, par niveau, les dispensateurs principaux et complémentaires de services ainsi que leur rôle respectif.

De plus, le plan aborde quelques autres dimensions venant compléter notre vision stratégique de la santé physique en Montérégie, soit les balises à considérer dans un modèle d'allocation de ressources, une orientation quant à un éventuel partenariat public-privé et enfin quelques perspectives sur de futurs travaux à initier.

5.1 Niveau I : Services locaux

Les services locaux se définissent comme l'ensemble des services nécessaires aux besoins courants de la population, rendus accessibles dans chaque territoire local (territoire CLSC) avec ou sans hébergement, peu importe le producteur (entre autres, 1re ligne, soins généraux, certains services 2e ligne).

Le panier de services [36]

Ce niveau comprend les services médicaux courants et autres services cliniques courants, soit :

- Info-Santé CLSC;
- suivi médical offert par le médecin de famille :
  - les urgences mineures;
  - la consultation médicale avec ou sans rendez-vous;
  - la notion de garde médicale territoriale (24/7) et de couverture de services;
    (RIASG : réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux en heures défavorables);
- services à domicile pour diverses clientèles qui se mobilisent difficilement mais qui ont besoin de soins plus aigus, tels les soins post-opératoires, les services pour maladies pulmonaires chroniques, les soins palliatifs, etc.;
- services de prélèvements;
- soins courants autres que médicaux (soins infirmiers, etc.).

L'organisation de services

L'organisation de ce niveau de services doit se faire à partir d'un modèle intégré qui est défini et coordonné par les acteurs locaux suivants :

- le CLSC (structures administrative et clinique);
- la nouvelle structure médicale locale, c'est-à-dire le volet local du département régional de médecine générale (DRMG), ex. : le service médical local pour le territoire d'un CLSC donné;
- le centre hospitalier dont le bassin de desserte comprend le territoire de CLSC.

Les rôles et responsabilités de ces trois entités sont la planification, l'organisation et la production de services de santé physique (courte durée) du niveau local (ou multilocal) sur l'ensemble du territoire de ce CLSC.

[36] Le lecteur trouvera à l'annexe 3, un tableau synthèse du panier de services pour l'ensemble des quatre niveaux retenus.

Les dispensateurs

Les dispensateurs de services au niveau des services locaux sont classés en deux catégories :

1. Les dispensateurs principaux offrent la grande majorité de soins et services de ce niveau; ils sont :
   - les CLSC;
   - les cabinets privés.

2. Les dispensateurs complémentaires offrent certains soins et services locaux, en particulier lorsqu'il s'agit d'urgences mineures. Ils sont :
   - les centres hospitaliers.

5.2 Niveau II : Services en réseau

Les services en réseau sont ceux issus d'une entente convenue pour un regroupement d'activités et/ou de services, c'est-à-dire les services nécessaires à des besoins particuliers, rendus accessibles dans certains pôles territoriaux avec ou sans hébergement, peu importe le producteur (certains services locaux ou de 1re ligne, surtout la 2e ligne/soins spécialisés).

Le panier de services

Le panier de services en réseau concerne principalement les centres hospitaliers et se partage en deux catégories : accessibilité étendue et accessibilité par pôle.

1. La première catégorie, celle de l'accessibilité étendue, rassemble tous les services médicaux et hospitaliers (ou spécialités) devant être disponibles dans chaque CH de la région. Ces services regroupent :
   - services d'urgence (avec infrastructure CH);
   - services diagnostiques courants/de base :
     - laboratoires : pathologie, biochimie, hématologie, microbiologie;
     - imagerie : radiologie, échographie - doppler, CT - scan, mammographie;
     - endoscopies, ECG, épreuves d'effort;
   - services d'hospitalisation en médecine générale;
   - obstétrique (incluant GARE), pédiatrie, anesthésie, chirurgie générale;
   - gynécologie, orthopédie, urologie, ophtalmologie, ORL secondaires;

- médecine interne (par substitution) ou alors cardiologie, pneumologie, hématologie clinique, oncologie, dermatologie;
- gériatrie active (omnis), unités de soins palliatifs, pharmacie, dentisterie, services d'infusion.

2. La deuxième catégorie, celle de l'accessibilité par pôle, regroupe les services devant être disponibles dans un réseau prédéfini de centres hospitaliers, ces services étant présents dans au moins un des CH du groupe. Les divers services disponibles par pôle concernent :

   - services diagnostiques spécialisés : laboratoires (incluant banque de sang), imagerie (dont l'angiographie), endoscopie, radiologie d'intervention, médecine nucléaire, EEG, EMG (neurophysiologie), résonance magnétique (priorité à l'Hôpital Charles-LeMoyne);

   - chirurgies thoracique, vasculaire, maxillo-faciale;

   - hémodynamie périphérique, plastie, endocrinologie, gastro-entérologie, neurologie, rhumatologie, physiatrie, immunologie/allergie, cardiologie, pneumologie, hémato-clinique, oncologie, dermatologie, géronto-gériatrie (spécialisé), maladies infectieuses;

   - néphrologie (incluant hémodialyse) et dialyse péritonéale (disponible sur tout le territoire).

L'organisation de services

L'organisation de services en réseau est basée sur le pôle qui se définit comme suit : un ensemble de services médicaux et hospitaliers produits par un ou quelques CH qui se supportent, s'entraident et s'échangent des services ou des ressources pour, ensemble, offrir une gamme relativement complète et comparable de services spécialisés en conformité avec ce plan.

Le concept de pôle repose sur un accès équitable aux soins à partir :

- d'une logique territoriale, c'est-à-dire des ententes entre CH qui ont des bassins de desserte contigus et qui visent à limiter le plus possible les déplacements de clientèles;
- d'une logique de production de soins qui vise un équilibre et une stabilité de la gamme des services offerts et des volumes produits.

Sur la base de ces deux conditions, la région privilégie un mode d'organisation des services hospitaliers selon quatre pôles associant les centres hospitaliers de la façon suivante :

- l'Hôpital Charles-LeMoyne (un pôle en soi);
- les Centres hospitaliers Pierre-Boucher, Hôtel-Dieu de Sorel et le Réseau Santé Richelieu-Yamaska;
- les Centres hospitaliers du Haut-Richelieu, de Granby et Brome-Missisquoi-Perkins;
- les Centres hospitaliers Anna-Laberge, Régional du Suroît et Barrie-Memorial.

À titre indicatif, soulignons que l'analyse des données relatives aux hospitalisations, regroupées selon ces quatre pôles, permet d'observer la présence de la plupart des spécialités dans chacun des regroupements (voir annexe 3).

Le concept de pôle n'est pas limitatif ou contraignant pour les CH du groupe ; au besoin, chacun des pôles peut établir une entente de services avec le pôle régional, un autre pôle ou un CH d'une autre région si cela s'avère nécessaire ou opportun et avec l'accord de la Régie régionale.

Il est à noter que l'Hôpital Barrie-Memorial sera considéré éventuellement comme une entité à part au moment de l'implantation de son projet pilote de capitation.

Les dispensateurs

Pour ce niveau, les principaux dispensateurs de services sont :

- les centres hospitaliers.

Les dispensateurs complémentaires sont :

- les médecins en cabinets privés;
- certains CLSC (ex. : IVG).

5.3 Niveau III : Services régionaux

Le niveau régional se compose de services très spécialisés, rendus accessibles à un seul endroit dans la région, requérant une concentration de la clientèle desservie et des ressources utilisées (3e ligne/soins ultraspécialisés et quelques services nationaux). Les services régionaux devraient servir plus particulièrement de plate-forme d'enseignement et de recherche.

Le panier de services

Les services régionaux concernent :

- traumatologie tertiaire,
- neurochirurgie,
- services diagnostiques plus spécialisés et/ou de niveau tertiaire,
- hémodynamie diagnostique et thérapeutique,
- niveau tertiaire (ou ultraspécialisé) de certaines spécialités médicales et chirurgicales, dont la chirurgie cardiaque,
- radio-oncologie,
- services spécialisés de niveau secondaire non disponibles dans chacun des trois pôles hospitaliers autres que celui de l'Hôpital Charles-LeMoyne (i.e. des services qui appellent une organisation régionale de l'offre de services).

Notons plus particulièrement que quelques services dits nationaux (selon la définition ministérielle) et produits dans notre région sont inclus dans le niveau régional de notre panier de services. Ces services sont essentiellement ceux en traumatologie tertiaire, en neurochirurgie et en hémodynamie. Le développement de trois autres services est ciblé, soit l'angioplastie, la radio-oncologie et la chirurgie cardiaque[37].

L'organisation de services

L'organisation de services de ce niveau est attachée au principe que ces services sont en majorité produits à un seul endroit dans la région et qu'ils sont rendus disponibles à tous ceux qui y réfèrent. Tel que mentionné précédemment, l'organisation de ce palier d'intervention inclut les services spécialisés de niveau secondaire qui ne sont rendus disponibles que dans le pôle régional. À cet égard, il est proposé que le centre hospitalier affilié universitaire soit identifié « pôle régional » qui, à la demande des autres pôles, après consultation des équipes médicales concernées et avec l'accord de la Régie régionale, offre sur une base d'ententes de services interhospitaliers, les services de deuxième ligne non disponibles dans les autres pôles (nonobstant que le Centre hospitalier Pierre-Boucher maintienne et développe ses services de cardiologie tertiaire).

Les dispensateurs

Le dispensateur est le centre affilié universitaire (CAU), c'est à dire l'Hôpital Charles-LeMoyne; il peut s'adjoindre d'autres dispensateurs complémentaires, soit certaines équipes médicales dans d'autres CH ayant une expertise particulière et reconnue.

5.4 Niveau IV : Services hors-région

Il s'agit ici des services déjà offerts par d'autres régions à notre population (ex. : par Montréal-Centre ou l'Estrie) et que nous ne pouvons produire pour des raisons de manque d'expertises (surtout pour les services ultraspécialisés) ou encore par manque de ressources médicales et financières (pour les services spécialisés).

La majorité de ces services a des particularités de production ou requière des expertises telles que la Montérégie, d'un commun accord, n'envisage pas les offrir.

Ce niveau comprend, entre autres, les services suivants :

- services pédiatriques spécialisés : dialyse, oncologie, etc. ;

[37] Si l'autorisation et le financement additionnel sont octroyés par le MSSS; la radio-oncologie est jugée prioritaire en matière de développement.

- services ultra-spécialisés offerts seulement en CHU, notamment : pédiatrie (néonatalogie, génétique, etc.), transplantation d'organes, grands brûlés.

Bien qu'il ne soit pas de notre responsabilité de définir l'organisation ni les dispensateurs de ces services hors-région, nous mentionnons à titre indicatif qu'il s'agit principalement de services en centre hospitalier universitaire (CHU), en Institut ou encore en centre affilié universitaire (CAU).

6. AUTOSUFFISANCE ET FINANCEMENT

L'élaboration d'un panier de services par niveau d'accessibilité a permis de traduire, pour la Montérégie, une configuration optimale de services pour les trois prochaines années. Cette nomenclature fournit les balises nécessaires à l'élaboration d'une programmation structurée devant permettre d'identifier les ressources nécessaires à la consolidation ou au développement de celles-ci.

Tout en reconnaissant le besoin de poursuivre les travaux méthodologiques relatifs à l'évaluation des besoins à combler et des ressources requises, il apparaît important à ce stade-ci d'énoncer les grands paramètres de l'évolution du panier de soins et services de santé physique dans la région.

6.1 Services locaux

Les transformations réalisées au sein du réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières années ont grandement changé l'étendue et la variété des services accessibles localement. En particulier, le virage ambulatoire, supporté par une utilisation optimale des ressources hospitalières et le recours à des technologies nouvelles, a permis le développement de mesures alternatives à l'hospitalisation davantage ancrées dans le milieu de vie des usagers. La croissance observée de l'utilisation des services déployés par les CLSC confirme cette nette tendance. L'accent mis sur les activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie vient également renforcer l'orientation en faveur d'actions locales. De plus, le taux de rétention élevé observé en regard des services médicaux généraux offerts en cabinets privés démontre que la population montérégienne consomme principalement ce type de services dans son secteur d'appartenance.

Dans son document d'orientations triennales 1998-2001, le Ministère réitère sa volonté d'assurer, dans chacun des territoires de CLSC, l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux de base à l'ensemble des individus et leurs familles[38]. Quoique libellée de façon générale, la nomenclature proposée par le Ministère s'apparente à celle retenue dans notre panier des services au palier local.

La pérennité des acquis de la transformation du réseau est largement tributaire du niveau d'accessibilité aux services de base. Dans ce sens, la région doit viser une autosuffisance optimale à ce chapitre et permettre le développement de la gamme complète de services de santé de base. En assurant une meilleure accessibilité à ces services, on pose des conditions favorables à une action préventive, à une approche globale de la santé qui situe la personne dans son milieu de vie et enfin, à une utilisation plus judicieuse des ressources sophistiquées et coûteuses destinées aux problématiques complexes de santé.

[38] MSSS. Les services à la population. 1998-1999 à 2000-2001. Québec.

L'autosuffisance régionale en matière de soins et services de santé physique constitue un enjeu fondamental pour les trois prochaines années. Par ailleurs, cette orientation ne peut être dissociée de la nécessité de créer un véritable réseau intégré de services sur une base locale, mettant à contribution tous les acteurs concernés par la santé de la population du territoire (ex. : CLSC, cabinets privés de médecins, etc.).

6.2 Services en réseau

La fréquence moins élevée de certains problèmes de santé physique ainsi que la nécessité de recourir à des expertises ou des technologies spécialisées exigent une concentration minimale de services sur le territoire régional. Dans le cadre de l'élaboration du panier de services, ce deuxième niveau d'accessibilité a été désigné sous l'appellation de « services en réseau » et concerne essentiellement les services dispensés en centre hospitalier, pris individuellement ou par pôle.

En centre hospitalier, l'étendue de l'accessibilité aux services se traduit en grande partie par la disponibilité des lits d'hospitalisation de courte durée. La disponibilité actuelle de ce type de ressources et l'étendue des besoins exprimés ou latents constituent deux paramètres fondamentaux à considérer dans la programmation future des services hospitaliers en réseau. Afin de rallier l'ensemble des établissements concernés autour de visées communes, il apparaît important d'identifier une cible d'autosuffisance pour la région, ici illustrée en termes de ratio de lits de courte durée par 1 000 de population desservie. Avant d'aborder plus spécifiquement cet aspect, nous présentons une brève définition de la notion d'autosuffisance appliquée au milieu hospitalier et quelques données caractérisant la Montérégie à ce chapitre.

L'autosuffisance régionale illustre dans quelle mesure le volume d'hospitalisations dans la région correspond à la consommation totale de la population montérégienne. Ainsi, lorsqu'une région produit l'équivalent ou surpasse le nombre d'hospitalisations généré par sa population, elle est jugée autosuffisante. Quoique généralement interreliée, cette notion diffère de celle de la rétention régionale qui représente la capacité de la région à retenir chez elle sa population pour de tels services.

La Montérégie affiche un degré d'autosuffisance négatif, c'est-à-dire que le volume d'hospitalisations enregistré dans la région est inférieur à celui généré par l'ensemble de sa population. Entre 1990 et 1996, le degré (négatif) d'autosuffisance montérégien est passé de 33,53 % à 29,4 %, traduisant une faible et lente tendance vers l'autosuffisance[39]. Selon le Ministère, le degré d'autosuffisance négatif observé pour l'ensemble des cas d'hospitalisation tend à se répéter pour les services de niveaux 1 et 2 qui, théoriquement, devraient être disponibles dans la région. La proximité de Montréal-Centre, qui affiche un degré d'autosuffisance positif, contribue à positionner la Montérégie dans une situation de dépendance.

[39] Source : MSSS, « Rétention et autosuffisance des régions en matière de services médicaux ambulatoires et d'hospitalisation », DGPÉ. 1998. Pages 30 à 34.

La recherche d'une plus grande accessibilité aux services hospitaliers généraux dans la région (accessibilité étendue ou par pôle) nous interpelle sur la capacité de notre réseau actuel à rapatrier une portion de la population du territoire qui consomme à l'extérieur et à rencontrer ses besoins d'hospitalisation. Toute démarche dans ce sens devra également tenir compte des impacts de la croissance démographique anticipée dans la région.

Au chapitre traitant des indicateurs de performance en CH, il a été fait mention de résultats positifs enregistrés par les établissements de la Montérégie. En regard du ratio de lits de courte durée, la région affiche un taux moyen de 1,9 lits par 1 000 de population desservie en 1997-1998 alors que le Ministère vise un ratio de 2,0 lits/1 000 pour l'an 2000. Il faut toutefois reconnaître que le ratio provincial tend à s'ajuster à la performance générale du réseau, laissant entrevoir une baisse potentielle de celui-ci. À cet effet, il a été convenu que la région poursuive ses efforts d'optimisation de l'utilisation des ressources hospitalières en posant toutefois un seuil minimal de 1,8 lits par 1 000 de population desservie. Ce choix suppose l'application de mesures d'efficience et d'efficacité telles l'optimisation de la médecine de jour et de la chirurgie d'un jour de même que la réduction de la durée moyenne de séjour. Il va sans dire que plus les marges d'efficience seront réduites, plus l'ajout de ressources supplémentaires s'imposera si on veut maintenir un seuil d'accessibilité acceptable.

En visant un seuil minimal de 1,8 lits/1 000 d'ici trois ans, la région devrait, au moyen du parc de lits actuel, pouvoir faire face à la croissance anticipée de sa population tout en rehaussant son taux de rétention de 1 % par année. Tout rapatriement susceptible d'affecter le ratio en deçà du seuil minimal retenu devrait préalablement être supporté par de nouveaux investissements permettant de respecter cette cible.

Tableau 17. Impact de l'accroissement démographique et d'une augmentation intentionnelle du taux de rétention sur le bassin actuel de lits de courte durée. 1998 à 2001 [40]

Année	Population	Bassin de desserte	Taux de rétention	Nb. Lits dressés	Ratio lits/ 1,000 pop.desservie
1998	1 364 362	897 039	65,7%	1 734	1,9
2001	1 409 964	968 645	68,7%	1 734	1,8

[40] Sources : Population : Recensement 1991, fichiers corrigés pour tenir compte du sous-dénombrement, septembre 1994. Projections corrigées selon le dernier recensement. RRSSS Montérégie, DPEI, Avril 1995.
Bassin de desserte calculé à partir du nombre d'admissions en tenant compte des groupes d'âge et de sexe. Comprend la desserte extra-territoriale qui représente 3,7 % de la totalité des hospitalisations en Montérégie. Les populations des CLSC sont celles estimées au début de juin 1997 pondérées par l'indice de besoins en santé physique. Données extraites de Méd-Echo 1995-1996, excluant les nouveau-nés, les soins d'un jour et la psychiatrie.
Lits dressés : compilation et validation des données réalisées par le secteur de la programmation de la DCSC. Juillet 1998.

Comme on peut le constater, l'effet combiné de l'augmentation de la population et d'un effort de rapatriement à l'intérieur du bassin de lits actuellement disponibles permettrait de respecter le ratio de lits minimal retenu.

6.3 Services régionaux

Les services régionaux réfèrent aux services très spécialisés de niveau tertiaire, rendus accessibles à un seul endroit dans la région et requérant une concentration de la clientèle desservie et des ressources utilisées. Compte tenu de la situation particulière de la Montérégie, ce niveau pourrait comprendre des services de niveau secondaire qui, en raison de leur disponibilité à un seul endroit, appelle une organisation régionale de l'offre pour l'ensemble de la clientèle montérégienne.

L'utilisation des soins et services régionaux se concrétise essentiellement à travers les hospitalisations et, par conséquent, est modulée en fonction de la disponibilité des lits de courte durée dans les centres hospitaliers. L'objectif d'autosuffisance établi précédemment couvre l'ensemble des hospitalisations sans distinction de la nature de celles-ci et conséquemment, englobe les hospitalisations de nature très spécialisée, accessibles au plan régional. À cet égard, le développement de services régionaux (en variété ou en accessibilité territoriale) devrait se réaliser dans le cadre du seuil minimal de lits de courte durée fixé à 1,8 lits/1 000 de population desservie.

Contrairement aux services hospitaliers généraux ou de spécialités courantes, le développement des services très spécialisés se réalise généralement dans le cadre d'un exercice planifié de rapatriement de clientèle. La rareté des ressources et des expertises très spécialisées ainsi que l'ampleur des budgets qui y sont rattachés posent des contraintes importantes de développement qui exigent une démarche structurée de planification. À cet égard, la Régie régionale devra s'assurer que tout effort de rapatriement de clientèle, exigeant de façon particulière des services très spécialisés (accessibles régionalement), soit assortie des ressources financières requises à l'implantation et au bon fonctionnement de ces services.

6.4 Financement : paramètres et conditions de base

Chacun des niveaux d'intervention retenus dans le plan, auxquels sont associés des paliers différents d'accessibilité territoriale, porte une logique de développement qui lui est propre. Sachant que l'ampleur des besoins dépasse généralement les sommes rendues disponibles au développement, il s'avère pertinent de proposer des balises qui devraient guider les choix d'investissement dans le programme de santé physique.

D'abord, il convient de respecter les acquis du virage ambulatoire et de renforcer les soins et services qui permettent de maintenir la santé des individus et de retarder le recours à des interventions plus lourdes. L'atteinte d'une autosuffisance optimale en regard de services de base, accessibles dans chacun des territoires de CLSC (en majorité des services de 1re ligne), se présente donc comme une priorité. Par ailleurs, en raison des liens systémiques qui unissent les services de base aux services d'hospitalisation courants, le niveau d'utilisation des uns étant affecté par celui des autres, il semble

pertinent de permettre un développement simultané de ces deux secteurs d'activité. L'accroissement du parc de lits de courte durée au-delà de la cible de 1,8 lits/1 000 de population desservie ne devrait toutefois pas se réaliser au détriment de l'objectif d'autosuffisance souhaité en matière de services locaux.

Enfin, l'accroissement des ressources hospitalières au-delà de la cible minimale identifiée ainsi que le développement de nouveaux services très spécialisés devraient, d'une part, être subordonnés à la réalisation de l'objectif d'autosuffisance des services locaux et d'autre part, être conditionnels à l'obtention de nouveaux crédits rendant possible un rapatriement planifié de clientèle dans la région.

Conformément aux principes directeurs mis de l'avant dans le plan, toute démarche d'allocation, visant le maintien, la consolidation ou le développement de services, devra être soumise à une méthode de répartition respectant l'équité intrarégionale. Cette méthode devra donc d'une part, tenir compte de la richesse relative des dispensateurs associés à un même niveau de services et d'autre part, des besoins de soins et services exprimés ou latents (demande réelle ou potentielle).

Pour être équitable tout en visant la qualité, le modèle de répartition des ressources devra également considérer la performance des dispensateurs. À ce jour, plusieurs méthodes ont été développées pour mesurer la productivité (output) et l'efficience (performance économique), en particulier au niveau des activités d'hospitalisation. Les travaux devront être poursuivis pour doter les secteurs hospitaliers ambulatoires et de maintien à domicile, qui sont en croissance, d'indicateurs de performance économique.

Le concept de performance englobe d'autres dimensions telles la pertinence et l'efficacité. À cet égard, peu d'efforts ont été investis dans cette voie. En plus des travaux à réaliser dans le développement d'indicateurs d'efficience appliqués aux activités ambulatoires, il convient d'engager une réflexion, avec l'ensemble des dispensateurs concernés, sur la pertinence de l'utilisation des services et des ressources cliniques ainsi que sur l'efficacité des principaux services rendus en santé physique dans la région.

7. PARTENARIAT PUBLIC/PRIVÉ

En développant une vision stratégique des soins et services de santé physique pour les prochaines années dans notre région, il devient opportun voire même nécessaire de regarder de plus près les liens que le secteur public de la santé entretient avec le secteur privé et d'amorcer une nouvelle réflexion sur la notion de partenariat public/privé.

Il n'est pas de notre intention de faire un débat sur la privatisation de la santé puisqu'il n'est pas question ici de modifier le financement public du système de soins et de services que l'on connaît. Nous parlons toujours de conserver l'aspect public, gratuit et universel du système tout en travaillant de plus près avec le secteur privé, en particulier les professionnels en cabinet privé, sur un mode davantage planifié, concerté et intégré[41].

Comme toile de fond, il est pertinent de revoir sommairement l'évolution des dépenses de santé au Québec.

Historiquement, les dépenses totales en santé au Québec comme dans le reste du Canada se sont partagées entre deux grandes sources de financement, soit les dépenses publiques et les dépenses privées et ce, en proportions variables selon les années. Entre 1960 et le début des années 80, la portion publique des dépenses en santé a sensiblement augmenté au Québec passant de 27 % (1960) à environ 81,5 % (1980). Depuis 1985, on voit une diminution graduelle de cette portion publique; en 1997, les dépenses publiques représentaient 67,8 % des dépenses totales en santé au Québec. Cette diminution relative s'explique tout d'abord par un contrôle serré des dépenses durant les années 80 suivi d'un arrêt de la croissance (1990) et puis d'une décroissance planifiée (1995) de ces dépenses.

Pour leur part, les dépenses privées se sont toujours accrues depuis les années 60. Par contre, on note que le rythme de croissance s'est stabilisé puis a légèrement diminué depuis 1990. En l'occurrence, il semble qu'on ne puisse pas identifier d'effet de substitution entre les services publics ayant cessé d'être financés et les services privés. La croissance des dépenses privées semble davantage reliée à la mise en marché de nouveaux services jamais financés par le secteur public. On pense, entre autres, aux approches alternatives et aux médecines douces dont la consommation augmente rapidement.

À partir de ces faits, nous pouvons constater que le secteur privé de la santé existe depuis toujours au Québec et qu'il n'est peut-être pas en compétition directe avec le secteur public mais qu'il pourrait être vu globalement de plus en plus comme complémentaire.

[41] La présence du secteur privé par rapport au secteur public sera prise en compte suite à la réflexion du conseil d'administration de la Régie régionale et suite aux travaux réalisés au plan national devant r .enés au rapport Arpin.

Avant d'amorcer une réflexion plus poussée sur de nouveaux liens entre les secteurs public et privé, il est important de clarifier ce que nous entendons par ces termes. Pour les fins de discussion du présent document, nous limiterons la notion de secteur public de la santé aux services produits et gérés par des établissements publics, financés par nos fonds publics. Tout autre service produit ou géré sur un mode privé sera considéré dans le secteur privé de la santé, peu importe qu'il soit couvert par un programme public (RAMQ, CSST, SAAQ, etc.) ou payé directement par l'usager. Ainsi, le secteur privé de la santé inclura autant le professionnel en cabinet privé qui offre un service couvert par la RAMQ que l'ensemble des services non assurés et qu'il faut payer individuellement. Il va sans dire, par ailleurs, que le secteur privé de la santé inclut d'emblée le reste de l'industrie de la santé.

À la lumière de tout ceci, une réflexion structurée doit être amorcée sur de nouveaux partenariats entre le public et le privé autour de deux grands axes, soit :

1° Sur une production de services mieux planifiée et intégrée entre nous :
- le secteur public et les professionnels en cabinet privé qui offrent des services assurés (RAMQ, etc.);
- ou encore ceux qui produisent des services en mode privé (non assurés) payés par l'usager.

2° Sur de nouveaux modes de production et de gestion plus efficients, voire même de nouvelles sources d'investissements dans le secteur public avec :
- l'industrie de la santé;
- le secteur privé autre intéressé à travailler conjointement avec le secteur public de la santé.

Pour le premier axe, il s'agit de mieux définir nos rôles et responsabilités connexes face à des clientèles qui traversent nos deux secteurs. Il s'agit aussi de partager plus régulièrement et facilement les informations cliniques pertinentes au patient dans le respect des règles de la confidentialité. Enfin, il s'agit d'assurer une continuité de services à travers nos deux secteurs.

Pour le deuxième axe, il s'agit, d'une part, de créer de nouvelles opportunités d'investissement et de rendement conjoints entre nos secteurs respectifs. De plus, il s'agit pour nous d'explorer des formules différentes de production de services qui peuvent améliorer notre performance économique et donc notre capacité totale de production. Ces nouvelles formules (ex. : l'impartition ou la sous-traitance) pourraient interpeller le secteur privé et être bénéfiques à nos deux secteurs.

8. RECOMMANDATIONS DU PLAN

Le plan en santé physique propose 36 recommandations qui recouvrent l'ensemble des dimensions abordées. Celles-ci tracent les paramètres qui vont orienter la mise en place d'un nouveau modèle d'organisation de soins et services en santé physique en Montérégie. Ces recommandations concernent le panier de services, leur organisation et leur niveau d'accessibilité; elles identifient les dispensateurs principaux et complémentaires et leurs responsabilités respectives; elles fixent certains objectifs de développement et leurs conditions de réalisation et enfin, couvrent quelques enjeux régionaux particuliers. Cinq de ces recommandations concernent des moyens à mettre en œuvre à court terme pour actualiser le plan.

La qualité des services

Le choix et la formulation des recommandations s'inscrivent dans la perspective d'assurer à la population montérégienne des soins et services de qualité et d'améliorer leurs conditions d'accès à ceux-ci. Quoiqu'implicites à l'ensemble des recommandations retenues, ces principes fondamentaux doivent en tout temps guider nos actions. À ce titre, il est clairement proposé :

1. Que la Régie régionale et son réseau d'établissements assurent à la population montérégienne des soins et services de santé physique de qualité, c'est-à-dire accessibles, pertinents, efficients et efficaces.

L'équité interrégionale et intrarégionale

Considérant le sous-financement relatif du programme de santé physique en Montérégie et les orientations nationales et régionales en matière d'équité, il est proposé :

2. Que la Régie régionale poursuive ses représentations auprès du Ministère relativement à l'atteinte de l'équité interrégionale dans le programme de santé physique;

3. Que la Régie régionale collabore activement aux travaux menés par le Ministère sur la méthode d'équité interrégionale, particulièrement en ce qui a trait aux services nationaux en santé physique;

4. Que la Régie régionale assure, à chacun des niveaux d'accessibilité de services dans le territoire, un partage équitable des ressources disponibles sur la base des besoins identifiés (actuels ou anticipés) de la population à desservir.

Le panier de services

Pour leur part, l'ensemble des dispensateurs de soins et services de santé physique se doivent d'assurer à la population de la Montérégie, selon leur palier respectif d'intervention et dans la mesure des ressources disponibles, une accessibilité optimale aux services. À cet égard, il est proposé[42] :

5. Que chaque territoire de CLSC offre, dans la mesure du possible, la gamme complète de services locaux tels que définis dans le plan. En résumé, ces services regroupent, entre autres, le suivi médical, les services à domicile, les services de prélèvements et les soins courants autres que médicaux;
6. Que chaque centre hospitalier offre, au minimum, les soins et services généraux tels que définis dans le plan (niveau en réseau - accessibilité étendue). En résumé, ces services comprennent ceux de l'urgence, les services diagnostiques et thérapeutiques de base ainsi que les services d'hospitalisation en médecine générale et spécialisée, en obstétrique et en chirurgie;
7. Que chaque pôle hospitalier offre, dans la mesure du possible, la gamme complète de services spécialisés tels que définis dans le plan. En résumé, ces services comprennent un ensemble large de services diagnostiques et thérapeutiques spécialisés ainsi que de médecine et de chirurgie spécialisés;
8. Que le centre affilié universitaire offre l'ensemble des services ultraspécialisés et nationaux définis dans le plan au niveau régional;
9. Que la Régie régionale s'assure de l'accessibilité aux services spécialisés ou ultra-spécialisés disponibles hors-région pour la population montérégienne.

L'organisation de services et les dispensateurs

En regard de l'organisation de services et du partage de responsabilités entre dispensateurs, il est proposé :

Au palier local :

10. Que les CLSC et les cabinets privés de médecins forment les dispensateurs principaux des services locaux alors que les CH agissent comme dispensateurs complémentaires;
11. Que la structure administrative et clinique du CLSC et la structure locale du département régional de médecine générale (DRMG) développent conjointement un modèle intégré de services de santé physique sur une base locale. Ensemble, ces structures sont responsables de la planification, de l'organisation, de la gestion et de la dispensation des services de santé physique sur l'ensemble du

[42] Les services identifiés dans les recommandations 5 à 9 le sont à titre indicatif et ne limitent aucunement la liste exhaustive des soins et services qui compose le panier de services, tel que présenté au chapitre 5 et à l'annexe 3 du présent plan.

territoire du CLSC. Elles s'assurent également de la mise en place de mesures de coordination entre le niveau local et le niveau en réseau;

Au palier en réseau :

12. Que les CH représentent les principaux dispensateurs des services hospitaliers regroupés par pôle alors que les cabinets de médecins et certains CLSC (pour des services plus spécialisés) agissent comme dispensateurs complémentaires;

13. Que tout en assurant un développement des services à accessibilité étendue dans les CH de la Montérégie, ceux-ci développent, conjointement avec les CH de leur pôle respectif, un modèle de services en réseau. Chacun des quatre pôles a la responsabilité d'offrir une gamme de services relativement complète et comparable de services spécialisés. Il s'assure également de la mise en place de mesures de coordination avec la structure locale de services et les autres structures régionales ou hors-région[43];

Au palier régional :

14. Que parmi les quatre pôles hospitaliers, l'Hôpital Charles-LeMoyne soit également identifié le « pôle régional », c'est-à-dire :

    * d'une part, le pôle régional qui, à la demande des autres pôles, après consultation des équipes médicales concernées et avec l'accord de la Régie régionale, offre sur une base d'ententes de services interhospitaliers, les services de deuxième ligne non disponibles dans les autres pôles et ce, en conformité avec les objectifs et les recommandations 6 et 7;
    * et d'autre part, le « pôle régional » où se développe les services tertiaires et quaternaires, notamment la chirurgie cardiaque et la radio-oncologie, nonobstant que le Centre hospitalier Pierre-Boucher maintienne l'hémodynamie à portée diagnostique et qu'il développe l'hémodynamie à portée thérapeutique ainsi que la pose de stimulateurs cardiaques intracorporels et l'électrophysiologie cardiaque;

15. Que le centre hospitalier affilié universitaire développe une programmation de services ultraspécialisés incluant le développement de services nationaux, particulièrement la radio-oncologie et la chirurgie cardiaque.

Les effectifs médicaux

En regard des effectifs médicaux et de l'organisation des services qu'ils dispensent, il est proposé :

16. Que la Régie régionale s'engage à faire des représentations auprès des autorités compétentes pour que les effectifs médicaux soient modifiés en fonction des besoins et que la planification considère des projections à moyen et à long terme et, qu'elle assure aux établissements le support nécessaire

[43] Les quatre pôles hospitaliers sont formés des établissements suivants : 1) le CH Pierre-Boucher, l'Hôtel-Dieu de Sorel et le réseau Santé Richelieu-Yamaska, 2) l'Hôpital de Granby, l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins et l'Hôpital du Haut-Richelieu, 3) le CH Anna-Laberge, le CH régional du Suroît et l'Hôpital Barrie-Memorial et 4) l'Hôpital Charles-LeMoyne.

au recrutement et à la rétention des effectifs médicaux en omnipratique et en spécialités, particulièrement dans les secteurs en pénurie ou en croissance tels en anesthésie, en psychiatrie et en néphrologie;

17. Que la Régie régionale procède, dans les meilleurs délais, à la mise sur pied du département régional de médecine générale (DRMG);

18. Que la Régie régionale s'assure que le modèle d'organisation des services médicaux généraux éventuellement élaboré par le département régional de médecine générale (DRMG) respecte et intègre les modèles d'organisation de services en santé physique tels que proposés dans le plan;

19. Que tous les établissements, pour satisfaire les besoins du milieu, se donnent un plan de recrutement des effectifs médicaux conforme au plan d'action de leur pôle hospitalier respectif.

Les objectifs d'autosuffisance

Compte tenu de la volonté de la région d'accroître son niveau d'autosuffisance en matière de soins et de services de santé physique en Montérégie; de l'importance d'assurer à l'ensemble de la population montérégienne une accessibilité optimale aux services de base dans leur territoire de CLSC; de la capacité limitée du réseau d'établissements d'absorber les impacts de la croissance démographique, du virage ambulatoire de Montréal-Centre et d'une hausse possible de rétention non intentionnelle; des gains de performance réalisés par le CH de la Montérégie (qui surpassent généralement leur groupe de référence, voire même les normes ministérielles); de l'état de sous-financement du programme de santé physique en Montérégie par rapport à la moyenne provincial, il est proposé :

20. Que chaque territoire local vise une autosuffisance optimale en matière de services de santé physique tels qu'identifiés au palier local d'accessibilité, en respectant les limites qu'impose la liberté de choix de la population en matière de services médicaux;

21. Que la région vise, en matière d'hospitalisation, une autosuffisance régionale permettant de maintenir le ratio de lits de courte durée au minimum à 1,8 lits par 1 000 de population desservie;

22. Que la Régie régionale s'assure que le financement additionnel requis vienne en fonction du développement des services spécialisés, ultraspécialisés ou nationaux, permettant ainsi de réaliser le rapatriement de la clientèle montérégienne consommant en dehors de la région.

Les paramètres de développement

Considérant l'étendue des besoins et les ressources limitées ainsi que l'existence de liens systémiques entre les soins et services de base et les hospitalisations courantes, il est proposé que la Régie procède à la priorisation des investissements selon les conditions suivantes :

23. Que les recommandations 20 (services locaux) et 21 (ratio de lits) soient, dans la mesure du possible, réalisées simultanément. Par ailleurs, l'accroissement éventuelle du parc de lits de courte durée au-delà de la norme de 1,8/1 000 ne devrait pas se réaliser au détriment de la recommandation 20 touchant les services locaux;

24. Que la réalisation de la recommandation 22 (services spécialisés, ultraspécialisés ou nationaux) soit subordonnée à celle des recommandations 20 (services locaux) et 21 (ratio de lits). De plus, dans la mesure où celle-ci sous-tend un rapatriement intentionnel d'une partie de la clientèle montérégienne consommant ce type de services à l'extérieur de la région, il apparaît justifié de le rendre conditionnel à l'obtention des ressources financières qui y sont actuellement rattachées.

Les mesures de performance

Dans le respect du principe d'équité dans l'accessibilité aux services et dans un souci de reconnaissance des efforts de performance réalisés par les dispensateurs, il est proposé :

25. Que la Régie régionale tienne compte, dans les exercices de budgétisation, des mesures de performance disponibles et des résultats d'efficience obtenus par les dispensateurs;

26. Que la Régie régionale, en partenariat, élabore ou actualise des indicateurs de services et des mesures de performance pour les services de santé physique au niveau local;

27. Que la Régie régionale amorce, en partenariat, des travaux sur l'analyse de la pertinence de l'utilisation des services d'hospitalisation et des services ambulatoires à travers les quatre niveaux de services identifiés dans le plan.

Autres enjeux

Le développement du secteur de la santé physique s'inscrit dans un environnement sociosanitaire plus large qui influence sans contredit son évolution. À cet égard, certains enjeux significatifs doivent être considérés dans la formulation de recommandations puisqu'ils conditionnent l'atteinte des orientations proposées. À cet égard, il est proposé :

28. Que la Régie régionale et son réseau s'engagent activement dans les projets du plan de modernisation s'appliquant au domaine de la santé physique et s'assurent que les bénéfices afférents contribuent à améliorer l'accessibilité à des soins et services de santé physique de qualité;

29. Que la Régie régionale et son réseau optimisent les liens avec les dispensateurs privés de soins et de services de santé physique (ex. : cabinets de médecins, cliniques privées) de manière à assurer

une accessibilité optimale aux services dans un souci de performance économique, tout en respectant les principes de base du système de santé québécois;

30. Que la Régie régionale et son réseau améliorent ou développent l'environnement informationnel (supports informatiques, méthodes uniformes d'enregistrement des données, etc.) devant permettre de monitorer et d'évaluer, le cas échéant, les activités associées au virage ambulatoire et ce, peu importe l'établissement ou l'organisme dispensateur;

31. Que la Régie régionale et son réseau explorent les projets de télémédecine et évaluent les conditions d'applicabilité de ceux-ci dans les établissements de la Montérégie.

Modèles d'organisation de services

L'exercice de planification des soins et services en santé physique a donné lieu à la formulation de recommandations stratégiques devant guider le développement de ce secteur pour les trois prochaines années. La prochaine étape consiste, pour la Régie régionale et les dispensateurs concernés, à élaborer une programmation qui va préciser les conditions d'application de ce plan. Cet exercice devrait s'enclencher avec l'adoption du plan et de ses recommandations. Le plan avance toutefois cinq recommandations de nature structurelle qui devraient assurer les conditions préalables et essentielles à sa mise en oeuvre. Ces recommandations sont les suivantes :

32. Que les représentants médicaux locaux (de cabinets privés et de CLSC) et le CLSC concerné produisent et déposent conjointement à la Régie régionale d'ici douze mois un plan d'organisation local de santé physique incluant le modèle intégré de services et un échéancier de réalisation;

33. Que les représentants médicaux, les gestionnaires et les administrateurs des CH concernés dans chaque pôle produisent et déposent conjointement à la Régie régionale d'ici douze mois un plan d'organisation de services en réseau incluant un modèle d'échanges de services et de partage de ressources, les ententes de services hors-région ainsi qu'un échéancier de réalisation;

34. Que les représentants médicaux, les gestionnaires et les administrateurs du centre affilié universitaire produisent et déposent conjointement à la Régie régionale d'ici douze mois un plan d'organisation de services régionaux incluant un modèle d'ententes de services hors-région ainsi qu'un échéancier de réalisation;

35. Que la Régie régionale produise et achemine au Ministère d'ici douze mois les études de pertinence et de faisabilité et les demandes appropriées dans le but d'obtenir un service de radio-oncologie et un service de chirurgie cardiaque en Montérégie. Dans le cadre de ce plan triennal 1999-2002, que la Régie régionale s'engage à développer et à opérationnaliser l'hémodynamie, l'angioplastie et la chirurgie cardiaque au sein du « pôle régional », à savoir à l'Hôpital Charles-LeMoyne;

36. Que la Régie régionale assiste les centres hospitaliers de son territoire dans la planification et l'implantation d'un modèle intégré de services ambulatoires.

CONCLUSION

Plusieurs défis attendent les dispensateurs de services et la Régie régionale au cours des prochaines années en Montérégie. Le plus important demeure l'augmentation de la demande de soins dans un contexte de transformation et de contraintes de ressources.

Nous croyons que le plan proposé identifie clairement les secteurs de services à maintenir ou à développer pour accroître notre autosuffisance régionale et garantir une accessibilité équitable aux soins de santé physique.

De plus, le plan propose de nouvelles balises pour créer une offre de soins davantage intégrée ainsi que des réseaux de support entre dispensateurs de services.

Par ailleurs, le plan identifie les principaux acteurs du système impliqués dans le champ de la santé physique ainsi que leurs rôles et responsabilités au cours des prochaines années.

Enfin, le plan se positionne quant à la recherche continue d'une meilleure performance et le maintien d'une haute qualité de services.

ANNEXES

ANNEXE 1. LISTE DES PARTICIPANTS AUX TRAVAUX

LE COMITÉ DE PILOTAGE

BOILEAU, Luc - DSPPÉ, Régie régionale
BOUCHER, Michèle - MD, CLSC
CHIASSON, Anne - DSI, prés. Table régionale des DSI
CYR, Mario - DG, prés. Table des CH de la Montérégie - coprésident
DESSUREAULT, Jean - MD, président de la CMR
FLEURANT, Micheline - MD, présidente CMDP - CH
HOOPER, Georges - DSP, prés. Table régionale des DSP
LAMBERT, Monique - présidente CA - CH
MAGEAU, André - MD, Cabinets privés
PECKO, Krystyna - SAM, Régie régionale - coprésidente
SAMSON, Benoit - MD, président CMDP - CHA (U de S)
TREMBLAY, Julien - DG, CLSC

Observateurs

FOURNIER, Johanne - DSPPÉ, Régie régionale
MONTPETIT, Jean-Pierre - Conférence régionale de l'AHQ

LE COMITÉ TECHNIQUE

DESLAURIERS, Luc - Regroupement des CLSC de la Montérégie
FOURNIER, Johanne - présidente - DSPPÉ, Régie régionale - Montérégie
MONTPETIT, Jean-Pierre - Conférence régionale de l'AHQ
SAVAGE, Denis - AHQ

Invitée

PECKO, Krystyna - Secrétariat aux affaires médicales, Régie régionale - Montérégie

LE COMITÉ DÉFINITION DU PANIER DE SERVICES

BEAUDOIN, Jean-Guy - Médecin, délégué régional de la FMSQ, Hôpital BMP
BRIEN, Gilles - DSP, Réseau Santé Richelieu-Yamaska
DUPLESSIS, Michel - Médecin CMR, CH Charles-LeMoyne
GAMACHE, André - Président CMDP, CH du Haut-Richelieu
HARRISON, Maryse - Coordonnatrice, CLSC St-Hubert
MARCOUX, Laurent - Médecin, Cabinet privé
MESSIER, Maryse - Médecin, CLSC La Pommeraie
PECKO, Krystyna - Présidente - Directeur SAM, Régie régionale
ST-ONGE, Estelle - DSI, CH Anna-Laberge

Invitée

FOURNIER, Johanne - Agente de planification, DSPPÉ, Régie régionale

LE COMITÉ INTERNE À LA RÉGIE RÉGIONALE

CHÉNIER, Robert - SAM
FOURNIER, Johanne - DSPPÉ
LALONDE, Viateur - SAM
PECKO, Krystyna - SAM - présidente
TOURIGNY, Gabrielle - DCSC
VILLENEUVE, Lynn -DSPPÉ

ANNEXE 2. PANIER DE SERVICES EN SANTÉ PHYSIQUE PAR NIVEAU D'ACCESSIBILITÉ. TABLEAU SYNTHÈSE

I	II		III	IV
Locaux	**Par CH**	**Par pôle de CH**	**Régionaux**	**Hors-région**
• Info-Santé CLSC • suivi médical par le médecin de famille: * urgences mineures; * consultation médicale avec ou sans rendez-vous; * garde médicale territoriale (24/7) et couverture de services, ex. : RIASG - réseau intégré d'accessibilité aux soins généraux en heures défavorables • services à domicile - clientèles qui se mobilisent avec difficultés et qui ont besoin de soins plus aigus (ex.: soins postopératoires, services pour MPOC, soins palliatifs, etc. • services de prélèvements • soins courants autres que médicaux (soins infirmiers, etc.).	• services d'urgence (infrastructure CH) • services diagnostiques courants/de base : * laboratoires : pathologie, biochimie, hématologie, microbiologie; * imagerie : radiologie, échographie/doppler, CT/scan, mammographie; * endoscopies, ECG, épreuves d'effort • services d'hospitalisation en médecine générale : * obstétrique (incluant GARE), pédiatrie, anesthésie, chirurgie générale; * gynécologie, orthopédie, urologie, ophtalmologie, ORL secondaires; * médecine interne par substitution, ou alors cardiologie, pneumologie, hématologie clinique, oncologie, dermatologie; * gériatrie active (omnis), unités de soins palliatifs, pharmacie, dentisterie, services d'infusion.	• services diagnostiques spécialisés : laboratoires (incluant banque de sang), imagerie (dont l'angiographie), endoscopie, radiologie d'intervention, médecine nucléaire, EEG, EMG (neurophysiologie); résonance magnétique • chirurgies thoracique, vasculaire, maxillo-faciale • hémodynamie périphérique, plastie, endocrinologie, gastro-entérologie, neurologie, rhumatologie, physiatrie, immunologie/allergie, cardiologie, pneumologie, hémato-clinique, oncologie, dermatologie, géronto-gériatrie (spécialisée), maladies infectieuses • néphrologie (incluant hémodialyse) et dialyse péritonéale (disponible sur tout le territoire).	• traumatologie tertiaire • neurochirurgie • services diagnostiques plus spécialisés et/ou de niveau tertiaire • hémodynamie diagnostique et thérapeutique • niveau tertiaire (ou ultraspécialisé) de certaines spécialités médicales et chirurgicales, dont la chirurgie cardiaque • radio-oncologie • les services spécialisés de niveau secondaire non disponibles dans chacun des quatre pôles hospitaliers (i.e. qui appellent une organisation régionale de l'offre de services).	• services pédiatriques spécialisés : dialyse, oncologie, etc. • services ultra-spécialisés offerts seulement en CHU, notamment : pédiatrie (néonatalogie, génétique etc.), transplantation d'organes, grands brûlés.

ANNEXE 3. DISTRIBUTION DES HOSPITALISATIONS SELON LES QUATRE PÔLES HOSPITALIERS. CAS PONDÉRÉS REGROUPÉS PAR CATÉGORIE DE DIAGNOSTIC ET SELON LES CLASSES CHIRURGICALE ET MÉDICALE. MONTÉRÉGIE. 1995-1996[44]

[44] Les cas pondérés correspondent au nombre d'hospitalisations par catégorie majeure de diagnostic multiplié par le niveau d'intensité des ressources utilisées (NIRU) propre à chacune des catégories.
Les données par CHSGS sont disponibles au cahier technique accompagnant le document « Données relatives à la consommation et à la production des services en santé physique » préparé par le comité technique en avril 1998.
Source : Association des hôpitaux du Québec. Med-Echo - DRG, 1995-1996

CLASSE CHIRURGICALE	PÔLES								TOTAL	
CATÉGORIE MAJEURE DE DIAGNOSTIC	Charles-LeMoyne		Anna-Laberge, Suroît et Barrie Memorial		HHR, Granby et BMP		Pierre-Boucher, Sorel et RSRY			
	cas pondérés	%	cas pondérés	%	cas pondérés	%	cas pondérés	%	cas pondérés	%
Système nerveux	1 098	71,3%	249	16,2%	65	4,2%	127	8,3%	1 539	100%
Oreilles, nez et gorge	50	9,1%	180	32,7%	112	20,3%	209	37,9%	551	100%
Appareil respiratoire	332	31,4%	272	25,7%	202	19,1%	253	23,9%	1 059	100%
Appareil circulatoire	801	36,0%	530	23,8%	258	11,6%	635	28,6%	2 224	100%
Appareil digestif	1 142	16,5%	1 630	23,6%	1 978	28,6%	2 160	31,3%	6 910	100%
Appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	1 302	20,6%	1 633	25,8%	1 764	27,9%	1 624	25,7%	6 323	100%
Peau, tissu sous-cutané et sein	143	15,8%	252	27,8%	213	23,5%	298	32,9%	906	100%
Appareil urinaire	288	25,2%	105	9,2%	428	37,4%	322	28,2%	1 143	100%
Appareil reproducteur chez la femme	550	16,3%	806	23,9%	778	23,0%	1 242	36,8%	3 376	100%
Grossesse, accouchement et post-partum	429	19,5%	501	22,8%	504	22,9%	763	34,7%	2 197	100%
Total	6 135	23,4%	6 158	23,48%	6 302	24,0%	7 633	29,1%	26 228	100%

CLASSE MÉDICALE	PÔLES								TOTAL	
CATÉGORIE MAJEURE DE DIAGNOSTIC	Charles-LeMoyne		Anna-Laberge, Suroît et Barrie Memorial		HHR, Granby et BMP		Pierre-Boucher, Sorel et RSRY			
	cas pondérés	%	cas pondérés	%	cas pondérés	%	cas pondérés	%	cas pondérés	%
Système nerveux	1 272	18,6%	1 450	21,2%	1 789	27,5%	2 344	34,2%	6 855	100%
Oreilles, nez et gorge	71	9,8%	153	21,0%	221	28,5%	283	38,9%	728	100%
Appareil respiratoire	1 635	18,2%	1 929	21,4%	2 541	25,6%	2 898	32,2%	9 003	100%
Appareil circulatoire	2 138	15,5%	2 989	21,6%	4 165	30,7%	4 529	32,8%	13 821	100%
Appareil digestif	611	14,3%	787	18,4%	1 331	35,0%	1 550	36,2%	4 279	100%
Système hépato-biliaire et du pancréas	285	18,1%	317	20,1%	380	23,4%	592	37,6%	1 574	100%
Appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	428	15,6%	613	22,3%	846	33,8%	865	31,4%	2 752	100%
Peau, tissu sous-cutané et sein	151	10,4%	378	26,0%	387	23,9%	540	37,1%	1 456	100%
Appareil urinaire	341	18,7%	317	17,4%	562	29,1%	606	33,2%	1 826	100%
Appareil reproducteur chez la femme	37	15,0%	50	20,3%	77	24,8%	82	33,3%	246	100%
Grossesse, accouchement et post-partum	1 117	18,5%	1 184	19,7%	1 503	21,0%	2 219	36,8%	6 023	100%
Nouveau-nés	596	17,2%	681	19,68%	853	20,9%	1 330	38,4%	3 460	100%
Total	8 682	16,7%	10 848	20,9%	14 655	28,2%	17 838	34,3%	52 023	100%

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (1996). *Regards sur les tendances en matière d'organisation des établissements de santé.* Montréal, AHQ, Direction Programmes et Recherche, Collection : La reconfiguration du réseau, 67 p.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (1996). *Scénario du nombre futur de lits de courte durée nécessaires dans chacune des sous-régions de la Montérégie.* Montréal, AHQ, Direction des services aux membres, 15 p. et annexes.

BRUNELLE, Y. *Une introduction à la gestion intégrée des soins et des services.* Direction de la recherche et de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS. Octobre 1995.

CGO, MEMBRE DU GROUPE CGI INC. *Étude du seuil critique du nombre de lits de courte durée dont devrait disposer la Montérégie : Situation actuelle et simulation. 1995-1996.* Étude commandée par le Regroupement des CLSC de la Montérégie. Février 1997, 46 p. et annexes.

COMITÉ DE RÉINGÉNIERIE DES SERVICES DE MAINTIEN EN MILIEU DE VIE NATUREL DE LA SOUS-RÉGION DE CHÂTEAUGUAY (MONTÉRÉGIE). *Un réseau de services pour le maintien en milieu de vie naturel dans la sous-région de Châteauguay - Cadre de référence et plan de mise en œuvre* 10 juin 1998.

COMMISSION SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE DES ANNÉES 2000. *Nouveaux défis professionnels pour l'exercice de la médecine des années 2000.* Recommandations au Collège des médecins du Québec. Octobre 1997, 17 p.

CONFÉRENCE DES SOUS-MINISTRES DE LA SANTÉ DES GOUVERNEMENTS FÉDÉRAL, PROVINCIAUX ET DES TERRITOIRES. *Faire mieux avec moins : pour une utilisation efficace des hôpitaux canadiens.* Juin 1994.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *La hiérarchisation des services médicaux - Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter.* Juin 1995.

ELRODT, G., NORRIS, J. *Evidence-based Medecine in Canada : Its time has come.* Hospital Quaterly, vol. 2, no 2, Automne 1998, pp. 10-16.

FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC. *Médecine familiale en cabinet privé et CLSC, un partenariat pour la santé.* Document de réflexion. Novembre 1996, 7 p.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC. *La réorganisation des soins médicaux de première ligne.* Montréal, FMOQ. Janvier 1997, 18 p.
HUGHES, E.F.X. *The Evolution and Basics of Managed Care and Integrated Health Systems.* Symposium dans le cadre du Colloque Pulse '98, Toronto. Mai 1998.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1998). *Les services à la population : 1998-1999 à 2000-20001.* Québec, MSSS, 11 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1998). *Rétention et autosuffisance des régions en matière de services médicaux ambulatoires et d'hospitalisation.* Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 12 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1997). Fiches techniques (15) préparées à l'intention de la consultation « Les rendez-vous d'automne ». Québec, MSSS, pagination variable.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1997). *Les compressions et les réallocations budgétaires soumises à la méthode d'équité interrégionale 1997-1998.* Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 59 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1996). *La santé et les services sociaux : Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation.* Document présenté dans le cadre du Sommet sur l'économie et l'emploi. Québec, MSSS, 46 p.

PAGEAU, M., FERLAND, M., CHOINIÈRE, R., SAUVAGEAU, Y. (1997). *Indicateurs sociosanitaires : Le Québec et ses régions*, Québec, MSSS, 218 pages.

PAMPALON, R., ROCHON, M., PICHÉ, J., BARRIAULT, C., BERTHIAUME, N., FERLAND, P., LEVASSEUR, M., SAUCIER, A. *Un indicateur global de besoins pour l'allocation interrégionale des ressources publiques en santé et services sociaux*. Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, 1997, 43 p.

PERRY, J.B. (1997) *Soutien à la transformation du réseau : Évaluation des besoins en lits pour les soins de courte durée physique. Phase II.* Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 73 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (1998). *Entente administrative entre la Régie régionale et l'agence des soins de santé de Kahnawake pour répondre aux besoins de cette communauté.* Longueuil, RRSSS Montérégie.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (1997). *Plan de services en cancérologie de la Montérégie*. Longueuil, RRSSS Montérégie.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (1998). *Plan de soins et de services en santé physique en Montérégie 1999-2002 : Données relatives à la consommation et à la production des services en santé physique.* Longueuil, RRSSS Montérégie, 46 p. et annexes.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (1998). *Plan régional des effectifs médicaux de la Montérégie. 1999-2000.* Longueuil, RRSSS Montérégie, 16 p. et annexes.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (1998). *Plan stratégique de modernisation des infrastructures administratives et de support de la santé et des services sociaux de la Montérégie.* Longueuil, RRSSS Montérégie.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (1998). *Suivi de l'implantation du plan de transformation de la région de la Montérégie : « Vers un virage santé et bien-être ».* Rapport d'étape pour la période du 1er avril 1995 au 31 mars 1998. Longueuil, RRSSS Montérégie, version du 2 septembre 1998, 120 p. et annexe.

RHÉAULT, S. *Évaluation des modalités de financement et de paiement dans le domaine socio-sanitaire*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation. Collection Études et analyses, janvier 1995.

SAUCIER, A., Y. BRUNELLE. *Les indicateurs et la gestion par résultats.* Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS. Août 1995.

SAVAGE, D. (1997). *Évolution de la consommation et de la production des hospitalisations en Montérégie : Faits saillants. 1997.* Montréal, AHQ.

SAVAGE, D. (1992). *Hiérarchisation des services d'hospitalisation basée sur les DRG.* Montréal, AHQ, 8 p.

TULIP, D., S. BOW, A.R. HUDSON, T. MURRAY, R. CALLANDER. *Private Money for Public Hospitals.* Hospital Quaterly, vol. 2, no 2. Automne 1998, pp. 51-55.

SOURCES DES DONNÉES

RECENSEMENT DE 1991. Fichiers corrigés pour tenir compte du sous-dénombrement (1994) et des contrats de services entre CLSC. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la planification, de l'évaluation et de l'informatique, 1995.

FICHIERS MED-ECHO 1996-1997. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

FICHIERS MED-ECHO - DRG 1994-1995, 1995-1996, 1996-1997 ET PROGRAMME OPTIMAH. Association des hôpitaux du Québec.

BANQUE DE DONNÉES CONSOM (octobre 1996 à mars 1997). Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la recherche et de la planification.

SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES EFFECTIFS MÉDICAUX - SIEM Ministère de la Santé et des Services sociaux et Régie de l'assurance-maladie du Québec, 1997.

RAPPORT FINANCIER DES CLSC (AS-471) 1995-1996, 1996-1997 et 1997-1998.

RAPPORT STATISTIQUE DES ÉTABLISSEMENTS (AS-478) 1994-1995, 1996-1997 et 1997-1998.

PLAN DE SOINS ET DE SERVICES EN SANTÉ PHYSIQUE EN MONTÉRÉGIE 1999 - 2002